Certificat médical d'incapacité

N° de dossier (à remplir par l'assureur)			
1. Assuré	Nom et prénom:	Date de naissance:	
	Rue:	N° tél.	N° d'assurance
	NPA Domicile	Activité professionnelle habituelle	
2. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		
3. Début de l'incapacité	Jour/Mois/Année	Heure/minute	Durée prévisible à votre connaissance

Indication pour l'assuré

Nous vous prions d'inscrire le numéro d'assurance qui figure dans toutes nos correspondances, sur ce formulaire, ainsi qu'à chaque occasion.

Le présent «Certificat médical d'incapacité» doit être complété par votre médecin à chaque visite. **Une copie de celui-ci doit être remise à la caisse une fois par mois pour les avances d'indemnités journalières.** L'original doit rester en votre possession jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, puis retourné à la caisse dans les plus brefs délais.

L'assuré doit communiquer immédiatement toute modification du taux d'incapacité de travail.

Inscription du médecin

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Maladie professionnelle ☐ Maternité, terme prévu

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	A partir du	

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	A partir du	
Le traitement médical a pris fin le				

Timbre du médecin :