

VOLET I

Référence contrat : _____

**CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE DE TRAVAIL
A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE**

Afin de ne pas pénaliser la demande de prise en charge de l'assuré, nous vous remercions de compléter ce document avec le plus grand soin et d'apporter toutes les précisions utiles en cas de réponse positive (notamment les dates en précisant bien le jour, le mois et l'année).

Pour préserver toute confidentialité, ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin-Conseil de l'assureur.

Identification de l'assuré

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Profession : _____

MOTIF DE L'ARRET DE TRAVAIL ACTUEL

1. Depuis quand êtes-vous le médecin traitant de l'assuré ? _____
2. Date de première constatation médicale de l'affection : ____ / ____ / ____
Date de l'arrêt de travail : ____ / ____ / ____
L'arrêt de travail résulte-t-il ? d'une maladie d'un accident
3. S'agit-il d'une rechute ? oui non Si OUI, date du premier arrêt de travail : ____ / ____ / ____
4. Diagnostic de l'affection / motif de l'arrêt de travail en cours : _____
5. Nature du traitement médical et / ou des soins en cours : _____
Date de début de traitement : ____ / ____ / ____
6. Des investigations médicales ont-elles été réalisées ? oui non
Si OUI, lesquelles ? (joindre les comptes rendus des examens réalisés) : _____
7. Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ou est-elle à prévoir ? oui non
Si OUI, préciser les périodes : _____
8. Une intervention chirurgicale a-t-elle été nécessaire ou est-elle à prévoir ? oui non
Si OUI, préciser la nature de l'intervention : _____ et la date : ____ / ____ / ____

AVANT L'ARRET DE TRAVAIL ACTUEL, votre patient a-t-il eu, en liaison ou non avec l'affection actuelle :

9. Des arrêts de travail pour raison de santé ? oui non
Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ Motif : _____ Durée : _____
Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ Motif : _____ Durée : _____
10. Des hospitalisations ? oui non
Et / ou des interventions chirurgicales ? oui non
Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ Lesquelles : _____
11. D'autres affections (ou séquelles d'accident ou de maladie) aggravant ou non l'état actuel ? oui non
 - o Affection : _____ Date de première constatation médicale : ____ / ____ / ____
Si traitement, dates : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ Nature : _____
 - o Affection : _____ Date de première constatation médicale : ____ / ____ / ____
Si traitement, dates : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ Nature : _____

Observations : _____

Document établi à la demande l'assuré et remis en mains propres à ce dernier pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

CACHET et Signature du médecin :

Les documents sont à envoyer à :
Verlingue - La Banque Postale Consumer Finance
A l'attention du Médecin Conseil
12 rue de Kérogan - 29 335 Quimper Cédex