

CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION EN CAS DE MALADIE

Certificat établi par le médecin traitant
Destiné au médecin-conseil

PARTIE A REMPLIR PAR LE MALADE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ E-mail :

Profession exacte :

N° de contrat(s) :

.....

Signature

Référence :

Nature et origine précises de l'affectation :

.....

.....

.....

Dates des premiers symptômes :

Date et motivation de la première consultation médicale :

.....

Traitement suivi :

Date de l'arrêt de travail :

L'affectation entraîne-t-elle, pour l'assuré(e), une incapacité totale d'exercer sa profession ?

Depuis quelle date : __ / __ / ____
Jusqu'à quelle date prévisible : __ / __ / ____

L'affectation permet-elle à l'assuré(e) d'exercer partiellement sa profession ?

Depuis quelle date : __ / __ / ____
Jusqu'à quelle date prévisible : __ / __ / ____

Fait à

Signature et Cachet du Médecin

Le