

**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 devra être remis sous pli cacheté et adressé à :

SOGECAP - A l'attention du Médecin Conseil
42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1

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'il s'agit d'un accident :

Date de l'accident : ____ / ____ / ____ Lieu de l'accident : _____

Circonstances détaillées : _____

Description des séquelles : _____

L'accident est-il survenu dans quel cadre : Privé Sportif Professionnel

4. S'agit-il d'une rechute ? oui non Si OUI, date du premier arrêt de travail : ____ / ____ / ____

5. Diagnostic de l'affection / motif de l'arrêt de travail en cours : _____

6. Nature du traitement médical et / ou des soins en cours : _____

Date de début de traitement : ____ / ____ / ____

7. Des investigations médicales ont-elles été réalisées ? oui non

Si OUI, lesquelles ? (joindre les comptes rendus des examens réalisés) : _____

8. Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ou est-elle à prévoir ? oui non

Si OUI, préciser les périodes : _____

9. 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 :

10. Des arrêts de travail pour raison de santé ? oui non

Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ Motif : _____ Durée : _____

11. Des hospitalisations ? oui non

Et / ou des interventions chirurgicales ? oui non

Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ Lesquelles : _____

12. 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 : _____

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 :

RAPPEL DES PIÈCES À TRANSMETTRE AVEC LA DÉCLARATION

- Une copie de votre tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- Votre demande d'adhésion à l'assurance
- Le certificat médical établi sur modèle de votre assureur et dûment complété par votre médecin traitant
- S'il s'agit d'un accident tout document précisant les circonstances de survenance de celui-ci : procès verbal de gendarmerie ou à défaut le rapport de police, coupure de presse...
- Une copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale si vous y êtes affilié(e) ou organismes assimilés
- L'avis d'arrêt de travail et de prolongation établis par votre médecin traitant
- Spécifiquement pour l'ITD : notification d'une pension d'invalidité 2ème catégorie délivrée par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé.

En cas de maintien en arrêt de travail :

- Les avis et prolongations d'arrêt de travail établis par votre médecin traitant. Par la suite, devront être adressés les certificats de prolongation d'arrêt de travail, les décomptes d'indemnisation journalières dès expiration des précédents ainsi que des attestations d'employeur(s) si vous êtes salarié, fonctionnaire et assimilé.