

**CERTIFICAT MEDICAL D'INVALIDITE
OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE
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'INVALIDITE OU DE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

1. Depuis quand êtes-vous le médecin traitant de l'assuré ? _____

2. Date de première constatation médicale de l'affection : ____ / ____ / ____

Date de la mise en Invalidité ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : ____ / ____ / ____

L'Invalidité ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résulte-t-elle ? d'une maladie d'un accident3. **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 Professionnel4. S'agit-il d'une rechute ? oui non Si OUI, date du premier arrêt de travail: ____ / ____ / ____

5. Diagnostic de l'affection / motif de l'Invalidité ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : _____

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 d'exams) : _____

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 : ____ / ____ / ____

10. Si l'assuré est assujéti au régime de Sécurité Sociale :

Une invalidité a-t-elle été prononcée ? oui non Si OUI, catégorie ou taux : _____Date de notification (joindre la copie) : _____ Si NON, une demande est-elle en cours ? oui non

11. Si l'assuré est non-assujéti au régime de Sécurité Sociale :

Son état justifie-t-il une mise en invalidité ? oui non Si OUI, préciser le taux : _____ %

Si OUI, éléments objectifs en faveur de celle-ci : _____

AVANT LA MISE EN INVALIDITE OU LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, votre patient a-t-il eu, en liaison ou non avec l'affection actuelle :12. Des arrêts de travail pour raison de santé : oui non

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

13. Des hospitalisations ? oui nonEt / ou des interventions chirurgicales ? oui non

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

14. 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

En cas d'Invalidité :

- 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 2^{ème} catégorie délivrée par la Sécurité sociale ou organisme assimilé.

En cas de maintien de l'invalidité :

- Par la suite, devront être adressés les décomptes de pensions d'invalidité établis par dès expiration des précédents.

En cas de PTIA :

- Une copie de votre tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- Votre demande d'adhésion à l'assurance
- Un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par votre médecin traitant
- Votre notification de pension d'invalidité 3^{ème} catégorie délivrée par la Sécurité sociale ou par un organisme assimilé.