



Réservé à la Compagnie

Dossier N° :

**Les références**

Contrat N°

**L'assuré**

**1** NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance       Profession \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal     Ville \_\_\_\_\_

**La description de l'incapacité**

**2** Date de l'arrêt de travail initial       Origine de l'arrêt :  Maladie  Accident  
Accident causé par un tiers  oui  non  
Si oui, identification et coordonnées du tiers et de son assureur : \_\_\_\_\_

**3** Manifestations pathologiques actuelles et traitements actuels (noms et doses des médicaments prescrits actuellement) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4** À quelle date remonte le début de la maladie ? .....

**5** L'adhérent a-t-il déjà eu des arrêts de travail relatifs à cette affection ou à cet accident, antérieurement à celui justifiant le présent certificat ? .....  oui  non  
Dans l'affirmative, lesquels et durant quelles périodes ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6** L'adhérent a-t-il déjà reçu des soins, suivi un traitement, subi une intervention chirurgicale pour cette affection ou cet accident ? .....  oui  non  
Dans l'affirmative, lesquels et durant quelles périodes ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** L'état de santé actuel permet-il la reprise d'activité professionnelle ? (\*)  
Oui : A déjà repris le        
Reprendra le        à temps partiel  à temps complet  
Non : Date estimée de fin d'arrêt du travail

(\*) En vue de faciliter la reprise du travail, un « examen médical de pré reprise » peut être sollicité par le salarié ou son médecin traitant auprès du Service de Santé au Travail. Cet examen, effectué le plus tôt possible pendant l'arrêt de travail, permet au médecin du travail de conseiller tout aménagement souhaitable du poste ou des conditions de travail du salarié.

**8** Une invalidité est-elle à envisager par assimilation aux critères de la Sécurité sociale ?  
Non : Date de guérison        
Oui : Date de consolidation        Partielle  Totale temporaire  Totale définitive

**9** Observations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le        
Signature du médecin

Cachet du médecin

**Information informatique et libertés de l'assuré**

Ce document dûment rempli et signé par mon médecin traitant doit être transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'AXA.  
Je reconnais être informé que, conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les réponses aux questions et informations collectées sont obligatoires pour la gestion de mon dossier. À défaut de réponse de ma part, l'assureur ne pourra pas traiter mon dossier.  
Je dispose d'un droit d'accès et de rectification que je peux exercer auprès du service médical d'AXA.  
Je suis tenu de fournir, à mes frais, toutes attestations médicales qui pourraient être requises par le médecin conseil d'AXA.  
 En cochant la case ci-contre, je refuse que mes coordonnées soient susceptibles d'être transmises au médecin conseil d'une société d'aide à la reprise au travail sous couvert du secret médical.