ATTESTATION MEDICALE n° 1

(A remplir par le médecin traitant ou le spécialiste et à retourner par l'Assuré à l'attention du Médecin Conseil)

Document à remplir et à retourner au moyen d'une enveloppe sur laquelle sera apposée la mention "SECRET MEDICAL" à :

La Prévoyance des Avocats – Génération - 29080 Quimper Cedex 9

Cette attestation est destinée aux Assurés ayant présenté une pathologie tumorale (y compris hémopathies malignes) nécessitant un traitement complémentaire par chimiothérapie et/ou radiothérapie..

Groupe Assuré : Avocats Libéraux (TNS) en activité âgés de moins de 70 ans et n'ayant pas liquidé leurs droits à la retraite.

Nom et Prénom de l'Assuré : ..... **Date de Naissance :** .....

Barreau : .....

N° CNBF : ..... .**N° Sécurité Sociale** ….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I

1 - La nature de la maladie ou du traitement nécessite-t-elle une diminution de l'activité professionnelle sans entraîner un arrêt de travail : OUI ☐ NON ☐

2 - Éléments médicaux concernant la pathologie cancéreuse :

- **Traitement en cours :**

Chimiothérapie ☐	**Radiothérapie ☐**
Date de la 1ère séance :	Date de la 1ère séance : …….....
Durée du traitement : .....…	Durée du traitement : ……..
Date des 3 prochaines séances :	
-	- .....
-	- .....
- .....…	- .....

- **Description des troubles actuels (y compris effets indésirables liés aux traitements) :**

……

……

……

- **Etat général :**

……

……

……

3 – Veuillez indiquer si un traitement est suivi pour d'autres pathologies (lesquelles et nature des traitements) :

Veuillez faire précéder la signature et le cachet du médecin de la mention manuscrite suivante : « attestation confidentielle rédigée et remise en main propre à M. ou Mme X sur sa demande »

Nom et Adresse du Médecin …… Fait à ..... Le ……

(Cachet)

Signature du Médecin

Pour effectuer sa demande de prestations, l'assuré dispose d'un délai de 30 jours à compter de l'évènement y ouvrant droit.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. La signature du présent document médical vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au Service Médical d'AXA et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant votre demande à AXA – Informatique et Libertés.

AXA France Vie
Entreprise régie par le Code des Assurances
S.A. au capital de 487725073.50 euros
Siege Social : 25 rue Drouot-75009
310 499 959. R.C.S. Paris

Génération
SAS au capital de 102.766,40 €, inscrite au RCS de Quimper sous le n°410 069 066, dont le siège social est sis rue de Kerogan, 29000 Quimper. N° ORIAS : 07000872 - www.orias.fr , relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 9

LPA La Prévoyance des Avocats
12 Place Dauphine – 75001 PARIS
Association déclarée sans but lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901