ATTESTATION MEDICALE n° 3

(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 atteints d'épilepsie ou de la maladie de Ménière.

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….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 - En cas d'épilepsie, éléments médicaux à compléter :

- Type d'épilepsie :……..
- Ancienneté de la maladie :……..
- Fréquence des crises (avec mention de la date de la dernière crise) :……
- Manifestations actuelles :……
- Traitements en cours (si modification éventuelle du traitement, indiquez le traitement précédent)……

……

……

……

……

3 – En cas de maladie de Ménière, éléments médicaux à compléter :

- Ancienneté de la maladie:……
- Bilan effectué :……
- Fréquence des crises (avec mention de la date de la dernière crise) :……
- Manifestations actuelles ou observations ou description des symptômes :……

……

- Traitements en cours (si modification éventuelle du traitement, indiquez le traitement précédent) :……

……

……

4 – 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.