

## ATTESTATION MEDICALE n° 4

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

La Prévoyance des Avocats – TSA 64254 – 77283 AVON cedex au moyen d'une enveloppe sur laquelle sera apposée la mention "SECRET MEDICAL".

Indemnisation suite à une diminution de l'activité professionnelle due à des pathologies graves décrites

**Cette attestation est destinée aux Assurés atteints de mucoviscidose ou de la sclérose en plaques.**

**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 de rattachement :** ..... **N° Sécurité Sociale :** .....

**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 de mucoviscidose, éléments médicaux à compléter :**

- Traitement en cours : .....
- Ancienneté de la maladie : .....
- Fréquence des crises (avec mention de la date de la dernière crise) : .....
- Manifestations actuelles ou signes fonctionnels: .....
- Traitements en cours (si modification éventuelle du traitement, indiquez le traitement précédent) :  
.....  
.....

**3 – En cas de maladie de Sclérose en plaque, 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: .....
- Etat général
- 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.

#### AXA France Vie

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

#### Gras Savoye

Société de courtage d'assurance et de réassurance Siège Social :  
Immeuble Quai 33. 33/34 quai de Dion Bouton.CS 70001. 92814 Puteaux  
Cedex  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros 311 248 637  
R.C.S. Nanterre. N° FR61311248637. Intermédiaire immatriculé à  
l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>) Gras Savoye est  
soumis au contrôle de l'ACPR, (Autorité de Contrôle Prudentiel et  
Résolution) 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09

#### LPA La Prévoyance des Avocats

12 Place Dauphine – 75001 PARIS  
Association déclarée sans but lucratif régie par la  
Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901