

Comment remplir le Certificat Médical Détaillé

Indiquer le nom de votre Barreau

Ne rien remplir

Ne rien remplir

L'EMPLOYEUR	
Numéro de contrat (contrat d'assurance collective de l'entreprise) :	<input type="text"/>
Entreprise de l'adhérent :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/> E-mail : <input type="text"/>

L'ADHÉRENT ⁽¹⁾	
Numéro de sinistre AXA ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom :	<input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/> Profession : <input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/> E-mail : <input type="text"/>