

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Dossier sinistre:
Numéro d'assuré:

Confidentiel, destiné au Médecin-Directeur

Je soussigné, docteur en médecine:

résidant à:

déclare avoir examiné le: / /

monsieur/madame:

le/la patient(e) souffre de (*diagnostic précis*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

il/elle est incapable de travailler depuis le: / /

prolongation jusqu'au: inclus:

% de l'incapacité:

il/elle pourra reprendre le travail le: / /

il/elle est hospitalisé(e) le: / /

à la clinique:

il/elle a quitté la clinique le: / /

date: / / signature et cachet

Remarques importantes au verso

REMARQUES IMPORTANTES

1. Un "certificat d'incapacité de travail" dûment complété et signé par le médecin-traitant sera renvoyé, tous les mois, en cas d'incapacité de travail prolongée.
2. Afin d'éviter des contrôles inutiles, l'assuré est tenu d'aviser immédiatement nos services de toute reprise de travail, fût-elle partielle ou temporaire.
3. Toute modification de résidence de même que toute hospitalisation en Belgique doit immédiatement être signalée. En cas de négligence, les frais de contrôle seront à charge de l'assuré.
4. Tout séjour à l'étranger est subordonné à l'accord préalable du Médecin-Directeur.
5. L'assuré ne peut pas refuser les visites de contrôle effectuées à domicile par un de nos médecins.
6. L'assuré doit donner suite à chaque convocation de contrôle s'il peut quitter son domicile. L'assuré qui ne peut donner suite à une convocation est tenu de rester à son domicile ou dans les environs.

Afin de faciliter la tâche du Médecin-Directeur et de permettre une gestion rapide du dossier ainsi qu'un règlement ponctuel des indemnités, nous demandons aux assurés en incapacité de travail de tenir compte des remarques ci-dessus et de strictement s'y conformer.

