

ASSURANCE INDEMNITES POUR TRAVAILLEURS INDEPENDANTS DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Art. 53 de l'arrêté royal du 20.7.1971

A REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR INDEPENDANT ET LE MEDECIN TRAITANT

1. IDENTIFICATION - A REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR INDEPENDANT

Apposez ici la vignette de la CAAMI

Nom et prénom du titulaire:

Résidence principale du titulaire:

.....

Numéro d'affiliation:

Numéro de registre national ou numéro de la carte SIS : □□□□□□-□□□-□□

Votre adresse actuelle (si elle est différente de votre résidence principale) :

.....

(Le titulaire doit communiquer au médecin conseil toutes modifications concernant sa résidence - article 65 de l'arrêté royal du 20.07.1971.)

2. DECLARATION - A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à :

Et avoir constaté qu'il/elle^(*) est incapable de travailler depuis le □□-□□-□□□□

Par suite de (symptologie et éventuellement diagnostic)

(préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou traumatisme et fournir des indications permettant au médecin conseil d'estimer la durée probable de cette incapacité)

.....
.....
.....

l'intéressé (e) est hospitalisé (e)^(*) depuis le □□-□□-□□□□

à :

raison et durée présumée de l'hospitalisation :

Identification du médecin :

(nom, adresse et numéro d'inscription à l'Ordre des médecins ou cachet du médecin reprenant ces indications)

Date:

Signature du médecin traitant

(*) biffer la mention inutile

3. CASE RESERVEE AU MEDECIN CONSEIL

Date de réception: Numéro d'ordre annuel:

Date de début d'incapacité reconnue:.....

Délai de convocation : Date et signature du médecin conseil

A RETOURNER SOUS ENVELOPPE FERMEE AU MEDECIN CONSEIL DE VOTRE
OFFICE REGIONAL