

**CERTIFICAT MÉDICAL DE PROLONGATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
ET/OU DE REPRISE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**

ASSURANCES MMH SCRL
A l'attention du Médecin Conseil
Bd Alfred de Fontaine, 15
6000 Charleroi

ASSURANCES MMH SCRL

Agréée sous le n° BNB 2921

Je soussigné(e), Docteurà.....

Tél

Déclare et certifie avoir examiné ce

M. / Mme Né(e) le.....

Habitant à Code postal

Rue Tél.....

Le/la malade n'est pas hospitalisé(e)

est / a été hospitalisé(e) du au.....inclus.

(Biffer la mention inutile)

A. L' Incapacité Totale de Travail est prolongée à partir duauinclus.

Son incapacité totale de travail durera encore environjours.

Résumé médical de l'évolution justifiant la prolongation de l'incapacité totale :

.....

.....

B. Il/elle reprendra son activité professionnelle le

Date + signature et cachet

Ce certificat ne peut excéder 14 jours d'incapacité

+ VOIR VERSO

En vertu de l'article 9.2.a) du RGPD (Règlement général sur la protection des données), le traitement de données à caractère personnel concernant la santé est autorisé lorsque la personne concernée a donné son consentement explicite au traitement de ces données pour une ou plusieurs finalités spécifiques.

En conséquence, je donne également à Assurances MMH SCRL mon consentement explicite, univoque et éclairé en vue du traitement des données à caractère personnel décrites dans la présente prolongation d'incapacité de travail.

Les informations recueillies pour cette prolongation d'incapacité de travail sont utilisées exclusivement pour la finalité de l'assurance du revenu garanti.

Fait à _____, le _____

« Lu et approuvé » + signature de l'assuré(e)