

CERTIFICAT MEDICAL DE DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ASSURANCES MMH SCRL
A l'attention du Médecin Conseil
Bd Defontaine 15
6000 Charleroi

ASSURANCES MMH SCRL

Agréée sous le n° BNB 2921

Je soussigné, Docteur Tél.
à Code postal
Déclare et certifie avoir examiné ce
 M. / Mme Né(e) le
Habitant à Code postal
Rue Tél.

L'intéressé(e) est TOTALEMENT en INCAPACITÉ de TRAVAILLER en raison de (DIAGNOSTIC PRÉCIS) :

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

qui le/la rend TOTALEMENT incapable de travailler depuis le

- Durée probable de cette incapacité
 - Il/elle reprendra son activité professionnelle le
 - Le/la malade n'est pas hospitalisé(e) est hospitalisé(e) à
- (Barrer les mentions inutiles)*

Date Signature et cachet

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

N° DE COMPTE FINANCIER DE L'ASSURÉ POUR LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS

BE . . .

Compte société : OUI NON

N° de registre national : -

Pour pouvoir prétendre aux indemnités mentionnées l'assuré doit notamment réunir les conditions suivantes :

- Mettre fin totalement à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de travailleur indépendant ou salarié et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail.

Il ne peut en outre exercer toute autre activité professionnelle ou rémunératrice, soit comme travailleur indépendant ou aidant, soit à un autre titre.

- Être reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement compte tenu de sa condition, de sa formation et de son état de santé, et a cessé toute activité professionnelle soit directement, soit par intermédiaire.

« Je m'engage à donner immédiatement connaissance à la SCRL, par écrit, de toute modification pouvant intervenir dans mon état de santé ».

Date et signature et ajouter la mention « Lu et approuvé »

.....