

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL TRAVAILLEUR SALARIÉ

A renvoyer à votre mutualité dans les 7 jours

*Votre mutualité vous demande ces données pour l'exécution de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14.07.1994 et arrêté royal du 20.07.1971).
La réglementation en matière de traitement de données à caractère personnel accordée aux personnes que ces informations concernent a droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de l'autorité de la protection des données.*

POUR VOTRE PROCHAINE INCAPACITE

A remplir par l'assuré social

Nom et prénom : _____

Numéro d'identification du Registre national : _____

Numéro d'affilié : _____

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) : _____

(L'assuré social doit communiquer à la mutualité toutes modifications concernant sa résidence dans les deux jours calendrier de ces changements.)

Ce certificat concerne: le début de cette incapacité
 une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail : ouvrie(è)r(e) employé(e) chômage

Profession (actuelle) : _____

Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire ? : non oui: _____

L'incapacité est en lien avec : un accident une maladie professionnelle une autre maladie

SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que (nom personne susmentionnée): _____

est incapable de travailler du ____ - ____ - ____ au ____ - ____ - ____ (inclus)

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou des troubles fonctionnels: _____

(Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.)

Codage facultatif du diagnostic principal : ICPC-2 _____ ou ICD-10 _____

L'intéressé(e) est ou sera hospitalisé(e) à partir du : ____ - ____ - ____

En cas de grossesse, date présumée de l'accouchement : ____ - ____ - ____

Communication avec le médecin-conseil : le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante : _____

Par ailleurs les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées

Identification du médecin avec numéro INAMI: _____

Date : ____ - ____ - ____ Signature du médecin

S072C.F

Vos données sont traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel. À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition. Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.300@Solidaris.be

CONFIDENTIEL

**CERTIFICAT
D'INCAPACITE DE
TRAVAIL**

Au Médecin-Conseil

***Pour votre prochaine incapacité de travail, à renvoyer
obligatoirement à votre mutualité dans un délai d'une
semaine après le début de cette incapacité de travail.***

certificat d'incapacité de travail

Expéditeur :

S072C.F

S072C.F.023.2-2