



# Certificat médical intermédiaire Assurance perte de gain en cas de maladie

Adresse médecin/hôpital

<b>No. du sinistre</b>	Patient/e		Evénement du	Nos références
	Date de naissance			

Si le patient/la patiente a entre-temps retrouvé sa capacité de travail, nous vous prions de ne répondre qu'aux questions **1, 2, 3, 9 e 10.**  
Veuillez inscrire vos éventuelles remarques ou suggestions au verso de cette feuille ou sur une feuille annexe.

1. a) **Diagnostic** actuel?

b) **Evolution** et état actuel de la **guérison**?

c) **Genre du traitement**?

2. Autres médecins traitants ou consultés:   
Quels **traitements** ont été appliqués et/ou vont-ils encore l'être?

3. **Incapacité de travail** en tant que ...  **taux d'occupation**  %  
 % du  au   % du  au

Quand peut-on compter sur une reprise du travail?   
La **reprise** du travail est-elle possible **avant le week-end**?  Oui  Non

4. **Influences d'autres factures** sur la reprise du travail ou l'augmentation de la capacité de travail?  
Suites de **maladies** ou d'**accidents antérieurs**?  Oui  Non  
Raisons autres que médicales (par ex. familiales, sociales, transport pour se rendre au travail, etc.)?  Oui  Non  
Si oui, lesquelles et dans quelle **proportion**?

5. Est-il possible d'**augmenter la capacité** de travail par un **changement interne** provisoire ou définitif de l'activité d'origine ou de la place de travail **dans l'entreprise**?  Oui  Non  Inconnu, éclaircissements nécessaires

Si la réponse est oui, comment et dans quelles circonstances?   
Si la réponse est non, pourquoi?

6. **Capacité de travail** dans une activité adaptée aux handicaps actuels? Activité:  %

7. Est-il à votre avis utile de demander une appréciation par un autre médecin dans le sens d'une «**seconde opinion**»?  Oui  Non

8. Existe-t-il d'**autres organismes d'assurance** impliqués (LAA, caisse maladie, AI, etc.)? Si oui, lesquels?  Oui  Non

9. Faut-il s'attendre à un **dommage permanent**? Si oui, lequel?  Oui  Non

10. Ce certificat est-il un **certificat final**?  Oui  Non  
Si la réponse est non, quand y aura-t-il de nouvelles constatations concernant l'état de santé de votre patient/e qui justifieront la demande d'un **prochain certificat médical**?

Lieu et date	Numéro du CAMS	Timbre et signature du médecin
<input style="width: 250px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>