

NOM et PRENOM de l'assuré(e) :

**CONFIDENTIEL
SECRET MEDICAL**

Monsieur le MEDECIN-CONSEIL
AGRICA
CCPMA PRÉVOYANCE
21, rue de la Bienfaisance
75382 PARIS Cedex 08

ASSURE	REF. EMPLOYEUR
NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE N°INSEE N°TELEPHONE ADRESSE POSTE OCCUPE	NOM N° SIRET ADRESSE TELEPHONE

Je soussigné autorise mon médecin traitant, le Docteur à répondre aux questions figurant sur le présent questionnaire. Ces informations sont indispensables pour l'instruction de mon dossier "incapacité de travail". Afin de respecter le secret médical, ce questionnaire rempli, me sera remis personnellement, pour que je puisse compléter ma demande de prestations complémentaires.

date

signature

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Date du début de l'arrêt de travail :

Date de reprise de travail :

En cas de non reprise, date prévisible :

Date de la première constatation médicale de la ou les pathologies :

L'arrêt de travail est-il dû à :

Maladie Accident du Travail Maladie Professionnelle
ACC. VIE PRIVEE ACC. VOIE PUBLIQUE

Pathologie (décrire précisément l'affection dont souffre le patient)

Cachet du médecin

Date

Ce certificat doit être mis dans une enveloppe cachetée à l'attention du médecin-conseil de CCPMA PRÉVOYANCE et être joint au dossier.

CE DOCUMENT CONDITIONNE LES INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES.



CCPMA PRÉVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale.
21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris cedex 08
www.groupagrica.com
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682