

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

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 accordé aux personnes que ces informations concernent un 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

▼ Détacher en suivant les pointillés rouge ▼

Humecter avant de plier

A remplir par l'assuré social

Nom : _____

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 : indépendant(e) conjoint(e) aidant(e)

Profession (actuelle) : _____

L'incapacité est en lien avec :

un accident une maladie professionnelle qui découle d'une activité salariée 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

Z072C.F

▼ Détacher en suivant les pointillés rouge ▼

Humecter avant de plier

La ML collecte et traite des données personnelles pour pouvoir exécuter sa mission en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous tenir au courant de nos services et activités. Vous avez le droit, de savoir quelles données de votre dossier nous traitons, de faire corriger ou supprimer vos données, de vous opposer à des décisions automatisées et de mettre fin au traitement de vos données pour le marketing direct. Envoyez votre demande, à l'attention de notre responsable de la protection de la vie privée, à notre adresse postale ou à privacy@ml.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 :

Z072C.F

Z072C.F.023.2-2