

| | | |
|---|--|--|
| Certificat médical détaillé d'incapacité de travail pour l'employeur | | Sur la base de la description du poste de travail |
| Personne (assurée): Nom: | | Prénom: |
| Rue: | | NP, lieu: |
| No d'assurance sociale: | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance: |
| Capacité de travail de la personne (assurée) | | |
| Pendant la durée de capacité réduite de travail , la personne (assurée) ne peut pas accomplir les tâches suivantes : | | |
| En revanche, la personne (assurée) peut accomplir les tâches suivantes: | | |
| Des données plus précises sur la capacité de travail pourront être fournies probablement à partir du : (date) | | |
| Remarques: | | |
| Indemnité: En accord avec l'Union patronale suisse, le médecin facture CHF 65.- à l'employeur pour ce certificat médical détaillé. Facture et bulletin de versement en annexe. | | |
| Médecin traitant: Cachet: Date: Signature: | | |
| L'employeur transmet en cas de besoin ce formulaire à l'assurance compétente. | | |

à remplir par le médecin traitant

La forme masculine utilisée désigne aussi bien les femmes que les hommes.