



# Certificat médical d'incapacité

A remettre immédiatement à l'adresse suivante :

Assurance maladie professionnelle de  
l'industrie du bâtiment et du génie civil  
Rue de l'Avenir 11, 1951 SION  
☎ 027 327 32 40

(A remplir en caractère d'imprimerie)

No de dossier (à remplir par l'assureur)				
1. Assuré	Nom et prénom		Date de naissance	No AVS (11 chiffres)
	Rue		No tél.	No d'assuré
	NPA Domicile		Activité professionnelle habituelle	
2. Employeur	Nom et adresse avec No postal			
3. Début de l'incapacité	Jour/Mois/Année	Heure/minute	Durée prévisible à votre connaissance	

## Indication pour l'assuré

Nous vous prions d'inscrire le numéro d'assurance qui figure dans toutes nos correspondances, sur ce formulaire, ainsi qu'à chaque occasion.

Le présent « Certificat médical d'incapacité » doit être complété par votre médecin à chaque visite. Une copie de celui-ci doit être remise à la caisse **dans les 6 jours dès le début de l'incapacité de travail** et ensuite une fois par mois pour les avances d'indemnités journalières. L'original doit rester en votre possession jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, puis retourné à la caisse dans les plus brefs délais.

L'assuré doit communiquer immédiatement toute modification du taux d'incapacité de travail.

## Inscription du médecin

Maladie       Accident       Maladie professionnelle       Maternité, terme prévu :

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	A partir du	

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	A partir du	

Le traitement médical a pris fin le \_\_\_\_\_

**Timbre du médecin :**

Va à : caisse maladie susmentionnée