



Certificat à renvoyer au Service Médical
Au moyen de l'enveloppe jointe
EQUINOX - 23 Allées de l'Europe - 92110 CLICHY
medical@vivinter.fr

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

(à faire compléter par le Médecin traitant)

ENTREPRISE : \_\_\_\_\_ CONTRAT n° : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse complète : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ Date du 1° arrêt motivé par le même motif : \_\_\_\_\_

Êtes-vous le médecin traitant ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ] Êtes-vous prescripteur de l'arrêt ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ]

S'agit-il d'un accident ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ] S'agit-il d'une maladie ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ]

Conditions de travail :

Travail assis ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ] Travail debout \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ]

Port de charges lourdes ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ] Autre spécificité : \_\_\_\_\_

Description de la pathologie (diagnostic, circonstances et date de survenue, nature des blessures) \_\_\_\_\_

Date d'apparition des premiers troubles : \_\_\_\_\_ Date de la 1ère consultation pour ce motif : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il eu une intervention chirurgicale \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ] Date : \_\_\_\_\_

Laquelle : \_\_\_\_\_

Description des traitements déjà effectués ou entrepris : \_\_\_\_\_

État actuel en précisant les traitements en cours ou envisagés, les hospitalisations envisagées (description le plus précis de l'état actuel en précisant les pathologies associées ou secondaires): \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un arrêt de travail antérieur avec reprise du travail pour la même affection ? \_\_\_\_\_ OUI [ ] NON [ ]

Date(s) / Durée(s) \_\_\_\_\_

Description des antécédents du patient autres que la présente affection donnant lieu à l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_

Date de reprise envisagée : A temps plein \_\_\_\_\_ A temps partiel : \_\_\_\_\_

Date prévisible de prolongation : \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail : \_\_\_\_\_

Si grossesse en cours - Date officielle de début de congé maternité : \_\_\_\_\_

**Capacité de travail**

VIVINTER

EQUINOX – 23, Allées de l'Europe  
92110 CLICHY CEDEX

A l'att. du Département PREVOYANCE

Date \_\_\_\_\_

Société  
Contrat

**OBJET : Demande d'Information Complémentaire Incapacité de Travail**

MA SITUATION		
<input type="checkbox"/>	Cocher la case correspondant à votre situation	Date
<input type="checkbox"/>	J'ai repris mon activité à temps partiel	
<input type="checkbox"/>	J'ai repris mon activité à temps complet	

Signature :

**Vous pouvez nous adresser votre coupon**

par fax : (0)1 70 91 39 37

Par mail : [prevoyance@vivinter.fr](mailto:prevoyance@vivinter.fr)