

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).
En application de la loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée, vous avez le droit de connaître et de faire corriger vos données personnelles. Si vous voulez faire usage de ce droit, vous devez le signaler par écrit à votre mutualité. Pour plus d'information concernant le traitement de ces données vous pouvez vous adresser à la Commission pour la protection de la vie privée.

POUR VOTRE PROCHAINE INCAPACITE**A remplir par l'assuré social**

Nom et prénom : COLINA CLAUDIO

Numéro d'identification du Registre national :

82070214118 - - - - -

Numéro d'affilié : 6130504

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) : _____

VIGNETTE

(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 : ☐ ouvrie(è)r(e) ☐ employé(e) ☐ chômage

Profession (actuelle) : _____

Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire ? : ☐ non ☐ oui: _____L'incapacité est en lien avec : ☐ un accident ☐ une maladie professionnelle ☐ 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

S072C.F