Cavec
EXPERTS-COMPTABLES
COMMISSAIRES AUX COMPTES

Votre caisse de retraite

CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE AU TRAVAIL
(formulaire à remettre au médecin traitant qui la remplira aux frais du demandeur)

A remplir obligatoirement par l'assuré(e) :

Nom de famille (nom de naissance) : .....
Prénoms : .....
Nom d'usage 's'il y a lieu) : .....
Date de naissance : I . I . I . I Profession : .....
Adresse : .....
.....

sollicite l'exonération des cotisations des régimes de l'Assurance Vieillesse de base et de la Retraite Complémentaire selon la procédure définie par les statuts de la Caisse Nationale des Professions Libérales pour incapacité d'exercer la profession :

- ❑ Soit pour une durée continue supérieure à six mois
- ❑ Soit pour une durée totale de six mois au cours de la même année civile

LE MEDECIN ..... demeurant à .....
déclare avoir examiné le I . I . I . I M. .....
demeurant à .....

ETAT GENERAL :
Taille : ..... Poids : ..... Signes de sénilité : .....
.....
.....

NATURE ET ORIGINE DE L'AFFECTION : .....
.....
.....
DATE DE L'ARRET DE TRAVAIL : I . I . I . I
L'affection entraîne-t-elle pour l'assuré(e) une incapacité totale d'exercer sa profession libérale ?
θ OUI θ NON

Si oui, depuis quelle date ? I . I . I . I jusqu'à quelle date prévisible ? I . I . I . I

L'affection permet-elle à l'assuré(e) d'exercer partiellement sa profession libérale ?
θ OUI θ NON

Si oui, depuis quelle date ? I . I . I . I dans quelles conditions ?

.....

A ..... . Signature et cachet du médecin traitant

Le I . I . I . I