

## Certificat médical Demande de pension d'invalidité

FORMULAIRE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN  
TRAITANT DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE  
PENSION D'INVALIDITÉ

### POUR VOUS IDENTIFIER

Numéro de référence CAVEC : 00 \_\_\_\_\_

Numéro Supra : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

### POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER

#### ADRESSE PERSONNELLE

N° et nom de la voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### ADRESSE PROFESSIONNELLE

N° et nom de la voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE (Cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Date de mariage ou PACS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre d'enfants nés \_\_\_\_ Nombre d'enfants élevés \_\_\_\_

Date de naissance de l'aîné \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de naissance du benjamin \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT (Cochez la case correspondant à votre situation)

Civilité :  Madame  Monsieur

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, sollicite :

- Une pension d'invalidité auprès de la Cavec  
 La révision de la pension d'invalidité servie par la Cavec

### À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN

Le médecin \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Déclare avoir examiné le** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_

### CERTIFICAT

#### Renseignements obligatoires :

**Date de survenance :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Date de consolidation :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Taux d'invalidité fonctionnelle :** \_\_\_\_\_ **Taux d'invalidité professionnelle :** \_\_\_\_\_

**Etat général :** Taille : \_\_\_, \_\_\_, Poids : \_\_\_\_\_ Signes de sénilité : \_\_\_\_\_

#### Appareil cardio-vasculaire

Coeur : \_\_\_\_\_ État des artères : \_\_\_\_\_ T.A. : \_\_\_\_\_ Oedèmes : \_\_\_\_\_

**Appareil respiratoire :** \_\_\_\_\_

**Appareil urinaire :** Sucre : \_\_\_\_\_ Albumine : \_\_\_\_\_ Trouble de miction : \_\_\_\_\_

**Vue :** \_\_\_\_\_ Acuité visuelle : V.O.D. : \_\_\_\_\_ V.O.G. : \_\_\_\_\_

**Ouïe :** \_\_\_\_\_

**Rhumatismes :** Chroniques : \_\_\_\_\_ Localisations : \_\_\_\_\_

Déformations : \_\_\_\_\_ Conséquences : \_\_\_\_\_

**Autres appareils :** \_\_\_\_\_

#### Conclusions (diagnostic, souligner la principale cause d'invalidité) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Précisions :** Le médecin traitant donnera ci-dessous toutes les précisions sur les affections interdisant au requérant d'effectuer les actes normaux de l'existence, ou de se livrer à un travail rémunérateur, ou indiquera la période d'incapacité de travail :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature et cachet du médecin traitant