

Certificat médical d'incapacité d'exercice de plus de 6 mois

FORMULAIRE À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN
TRAITANT DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE
D'EXONÉRATION POUR INCAPACITÉ D'EXERCICE

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

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

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 _____

ATTESTATION D'INCAPACITÉ D'EXERCICE

Date de l'arrêt de travail ___ / ___ / ___ (à remplir obligatoirement)

L'affection entraîne-t-elle pour l'assuré(e) une incapacité totale d'exercer sa profession libérale ?

Oui Non

Si oui, depuis quelle date ? ___ / ___ / _____

Jusqu'à quelle date prévisible ? ___ / ___ / _____

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

Oui Non

Si oui, depuis quelle date ? ___ / ___ / _____

Dans quelles conditions ? _____

A _____ le ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecin traitant