



Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins

Institution publique de sécurité sociale sous tutelle du Ministre des affaires sociales

Frankrijklei 81-83 – 2000 Antwerpen – tel 03 220 74 61 – www.hvkz.fgov.be

Heures d'ouverture : lundi, mercredi et vendredi : 9 :00 à 12 :00

mardi et jeudi : 9 :00 à 12 :00 et 13 :00 à 16 :00

A Monsieur le Médecin-conseil de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins

CONFIDENTIEL

Avis d'arrêt du travail

A remplir par l'assuré:

Nom, prénom de l'assuré:.....

Date de naissance:.....

Résidence principale:.....

Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle:.....

.....

Numéro d'inscription:.....

A remplir par le médecin-traitant:

Je soussigne, docteur en médecine, déclare donner mes soins à:.....

.....

et avoir constaté qu'il est incapable de travailler, depuis le:.....

Durée présumée de cette incapacité:.....

Motif de l'incapacité de travail (Symptômes et diagnostic éventuel – En cas de traumatisme, indiquer les causes connues ou présumées). (1).....

.....

L'intéressé peut – ne peut pas (2) – se déplacer.

L'intéressé est hospitalisé (2), à

.....depuis le:.....

Raison et durée présumée de l'hospitalisation:.....

.....

En cas de désaccord je prie mon confrère Médecin-conseil de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce malade: - OUI - NON (2).

Identification du Médecin (3)

Fait à,.....,

date :.....

.....

Signature du médecin-traitant :

.....

- (1) En cas de grossesse indiquer la date présumée de l'accouchement.
- (2) Biffer la mention inutile.
- (3) Nom, adresse et numéro d'immatriculation attribué par l' I.N.A.M.I. ou cachet du médecin reprenant ces indications.