

CERTIFICAT DE REPRISE D'ACTIVITÉ

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Identification de l'assuré(e) : Madame

Monsieur

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Profession :

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Je, soussigné(e) :

certifie avoir repris mes activités professionnelles en date du :/...../.....

et coche la case correspondante :

À temps complet

À mi-temps thérapeutique

À temps partiel

Fait à : le :/...../.....

Signature de l'assuré(e)

Les documents sont à envoyer à :
SERVICE MEDICAL

A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur
42 Boulevard Alexandre Martin
45057 ORLEANS CEDEX 1