



CERTIFICAT MÉDICAL D'INCAPACITÉ AU TRAVAIL

(formulaire à remettre au médecin traitant qui le remplira aux frais du demandeur)

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ASSURÉ(E)

Nom : Prénoms :

Date de naissance :/...../..... 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 d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) 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 MÉDECIN

Dr Demeurant à :

déclare avoir examiné le :/...../..... M.

demeurant à :

ÉTAT GÉNÉRAL

Taille : Poids : Signes de sénilité :

NATURE ET ORIGINE DE L'AFFECTION

.....
.....
.....

DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

...../...../.....

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 ?

Fait à : Le :/...../.....

Signature et cachet du médecin traitant :

CAVOM

Tél. : 01 85 55 36 37
Fax : 01 83 97 92 54
contact@cavom.fr

26 boulevard Malesherbes
75008 Paris
www.cavom.fr

Ouverture des bureaux du lundi au vendredi de 9 h 45 à 11 h 30 et de
14 h à 16 h 30.
Renseignements téléphoniques du lundi au vendredi de 9 h 30 à
12 h 30.