

COVID 19 :

Déclaration d'incapacité totale temporaire d'exercice

Je soussigné(e) :

Nom marital

Nom de naissance

Prénom(s)

Né(e) le à Département

Spécialité

Adresse actuelle : n°..... rue

Code postal Ville

Téléphone mobile

E-mail

Nom du médecin traitant

Mon cabinet médical est fermé depuis le

Je déclare :

- avoir interrompu mon activité professionnelle le....., pour cause de maladie (covid 19) diagnostiquée

⁽¹⁾ biologiquement

⁽¹⁾ cliniquement

- être enceinte de : ⁽¹⁾ moins de 7 mois

⁽¹⁾ 7 mois ou plus

➤ date du congé maternité

- être reconnu en situation d'ALD ou à risque⁽²⁾ : oui⁽¹⁾ non⁽¹⁾

Joindre à votre envoi le document de prise en charge de cette pathologie par l'assurance maladie ou l'ARS.

- Etiez-vous en cumul activité retraite à la date de votre arrêt de travail ? oui⁽¹⁾ non⁽¹⁾

- **date de reprise d'activité s'il y a lieu :**

Les déclarations sont faites sous la foi du serment.

En cas de fausse déclaration, la Caisse se réserve d'exercer tous les droits qui lui sont reconnus par la loi.

Je prends l'engagement d'informer immédiatement la CARMF de toute reprise d'activité, sous quelque forme que ce soit.

Fait à le
Cachet et signature de l'affilié(e)

(1) Cocher la case correspondant à votre situation.

(2) selon la liste établie par le Haut Conseil de la Santé Publique