CAP-ARC

Certificat médical en cas d'arrêt de travail

à adresser par l'assuré directement via Ma Messagerie, espace sécurisé disponible dans l'espace adhérent sur agipi.com ou à défaut, par courrier postal, sans l'affranchir, à l'adresse suivante :
ADIS Médecin conseil - AUTORISATION 43322 - 67809 BISCHHEIM CEDEX.

Ce document devra être complété par le médecin de votre choix pour le certificat médical (page 1) et par vous-même pour l'attestation (page 2). Il doit être complété de manière aussi **précise et complète** que possible. Il permettra d'apprécier les droits de l'assuré dans le cadre du contrat souscrit par notre association auprès des sociétés d'assurances du Groupe AXA. En cas de réponse incomplète ou manquante, nous serions dans l'obligation de retourner le présent document à l'assuré afin de le faire compléter ou de lui demander des informations complémentaires.

A compléter obligatoirement par un médecin

Identité de l'assuré

Nom _____ Prénom _____

Nom de naissance _____ Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance _____

Description du cas clinique

Date de début de l'arrêt de travail _____

- **L'incapacité est-elle due à un accident ?** ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, nature des lésions _____

- **L'incapacité est-elle due à une maladie ?** ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, diagnostic _____ Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

- **Dans tous les cas**
  Date d'apparition des premiers symptômes / premières manifestations |_|_|_|_|_|_|_|_|
  Description des premiers symptômes _____
  Date de la première consultation |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Médecin traitant _____ ☐ Spécialiste
  Date et nature des examens médicaux |_|_|_|_|_|_|_|_| _____
  Date des premiers soins |_|_|_|_|_|_|_|_|
  A votre connaissance, existait-il antérieurement une infirmité, une affection ou une lésion ayant pu prédisposer à l'état actuel ? ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, laquelle ? _____ Depuis quand ? |_|_|_|_|_|_|_|_|
  L'assuré a-t-il déjà connu des douleurs, des signes cliniques ou des épisodes en rapport avec l'affection actuelle ? ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, préciser : les dates, la nature, les traitements, les dates et les durées des arrêts de travail antérieurs
  _____
  _____
  L'assuré est-il ou a-t-il déjà été en affection longue durée ? ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, préciser : les dates, la nature, la durée _____
  _____

Description de l'état clinique et protocole thérapeutique

_____
_____
_____

Nous vous remercions de joindre les comptes rendus des examens et des consultations.

Pendant la période d'arrêt de travail, l'assuré est-il :

- **Hospitalisé ?** ☐ **non** ☐ **oui** Si oui, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Etablissement médical ☐ Domicile
  Si oui, joindre le bulletin de situation.
- **En incapacité totale de travail ?** ☐ **non** ☐ **oui**
  (Impossibilité d'exercer d'aucune manière son activité ou une activité similaire professionnelle)
  Durée probable de l'incapacité totale _____
- **En incapacité partielle de travail ?** ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, depuis quand ? |_|_|_|_|_|_|_|_| Durée probable de l'incapacité partielle ? _____
  Descriptif du temps partiel _____
- **Date de reprise** |_|_|_|_|_|_|_|_| ou prévue |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ce document ne vaut pas avis d'arrêt de travail. Merci de joindre les avis d'arrêts de travail.

Etes-vous le médecin traitant de l'assuré ? ☐ **non** ☐ **oui** **Depuis quelle date ?** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Les données contenues dans le présent document sont utilisées pour les seules nécessités de la gestion et l'exécution du contrat d'assurance par ADIS, responsable du traitement. Le destinataire desdites données est le service médical de la société ADIS. Toutefois, en fonction des nécessités de la gestion du contrat, celles-ci pourront être communiquées aux services habilités des assureurs, réassureurs ou organismes professionnels habilités.

A _____ le _____

Cachet et signature du médecin

Certificat établi à la demande de l'assuré et remis à celui-ci. Les frais de ce certificat sont à sa charge.

SECRET MEDICAL

AGI 0252 Ed 03/2025

Attestation en cas d'arrêt de travail

Adhésion n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A compléter obligatoirement par l'assuré

Identité de l'assuré

Nom _____ Prénom _____

Nom de naissance _____ Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance _____

Adresse postale de correspondance _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

e-mail _____ @ _____ Portable _____

Profession exercée

Profession _____ Depuis quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_| Statut : TNS ☐ Salarié ☐ Président SAS ☐

Travail manuel ☐ **non** ☐ **oui** Si oui, depuis quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime obligatoire _____

Retraite ☐ **non** ☐ **oui** Si oui, depuis quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cumul emploi-retraite ☐ **non** ☐ **oui** Si oui, depuis quelle date ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

Règlement de vos prestations – adhésion CAP - bonification

Grâce à votre fidélité vous bénéficiez d'une bonification permettant d'améliorer vos prestations. En effet, les franchises souscrites sont réduites d'un jour par année calendaire d'ancienneté. Cette bonification est utilisable qu'une seule fois dans la vie de votre adhésion.

Le détail des franchises bonifiées est indiqué sur votre dernier avis d'échéance ainsi que sur votre espace adhérent onglet « ma situation d'adhésion ». Toutes les explications concernant la bonification sont disponibles dans le Guide pratique de l'adhérent CAP disponible sur agipi.com.

! J'ai souscrit une adhésion prévoyance CAP et je souhaite l'application de ma bonification ..... ☐ **non** ☐ **oui**

A compléter uniquement en cas d'accident

Date de l'accident |_|_|_|_|_|_|_|_| **Lieu de l'accident** _____

Type accident

☐ Sportif

Nature du sport : _____ Activité pratiquée ☐ en compétition ☐ hors compétition

☐ Autre _____

Etes-vous titulaire d'une licence sportive ..... ☐ **non** ☐ **oui**

Si oui, pour quelle activité ? _____

Circonstances de l'accident

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A _____ le _____

Signature de l'assuré

A adresser par l'assuré directement via **Ma Messagerie, espace sécurisé disponible dans l'espace adhérent sur agipi.com** ou à défaut, par courrier postal, sans l'affranchir, à l'adresse suivante :
ADIS Médecin conseil - AUTORISATION 43322 - 67809 BISCHHEIM CEDEX.

SECRET MEDICAL

AGI 0252 Ed 03/2025

ADIS
Centre de gestion – Filiale d'AXA France Vie
Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 € - 306 843 731 RCS Strasbourg - ORIAS n° 07 029 368 (www.orias.fr)
Siège Social - 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09