CAP-ARC Certificat Médical en cas de grossesse pathologique

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

Nous remercions le médecin choisi par l'assurée de bien vouloir remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible. Ce document permettra d'apprécier les droits de l'assurée dans le cadre du contrat souscrit par notre association auprès des sociétés d'assurances du Groupe AXA. Il est destiné au médecin conseil d'ADIS. En cas de réponse incomplète ou manquante, nous serions dans l'obligation de retourner le présent document à l'assurée afin de le faire compléter.

Adhésion n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identité de l'assurée

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____ Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance _____

Adresse postale de correspondance _____

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

E-mail _____ @ _____

Profession _____ Statut : TNS ☐ Salarié ☐ Président SAS ☐

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 (AGI 0446).

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

Description du cas clinique

Date de début de grossesse |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date prévue de l'accouchement |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de début du congé légal de maternité |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de fin du congé légal de maternité |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de début de l'arrêt de travail |_|_|_|_|_|_|_|_|

Description de l'état clinique et protocole thérapeutique

_____

_____

_____

Pendant la période d'arrêt de travail, l'assurée est-elle :

- **Hospitalisée ?** ☐ **non** ☐ **oui** Si oui, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Etablissement médical ☐ Domicile
- **En état d'incapacité temporaire totale ?** ..... ☐ **non** ☐ **oui**
  (impossibilité d'exercer d'aucune manière son activité ou une activité similaire professionnelle)
  Durée probable _____
- **En état d'incapacité temporaire partielle?** ..... ☐ **non** ☐ **oui**
  Si oui, depuis quand ? |_|_|_|_|_|_|_|_|
  Durée probable _____
- **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'assurée ? ☐ **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

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

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

SECRET MEDICAL

AGI 0357 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