Premier certificat médical

Médecin traitant: _____

_____

_____

Simulac ZURICH

Assurance selon LAA: ☐ **oui** ☐ **non**

No. du sinistre	**Patient/e** **Date de naissance:**	**Evénement du**	Nos références

Si le patient/la patiente a entre-temps retrouvé sa capacité de travail, nous vous prions de ne répondre qu'aux questions **1, 2, 3b et 6**.
Veuillez inscrire vos éventuelles remarques ou suggestions au verso de cette feuille ou sur une feuille annexe.

1. **Début** du traitement médical:

2. **Observations:** **diagnostic:**

3.a) Quand et sous quelle forme, d'après le patient/la patiente, l'affection s'est-elle manifestée pour la première fois **(brève anamnèse)**? S'il s'agit d'un accident: date/circonstances de l'accident?

3.b) Le patient/la patiente a-t-il/elle déjà **été en traitement médical auparavant en raison de cette affection**?
Si oui, quand et chez quel médecin?

4. **D'autres facteurs** (tels que maladies ou accidents antérieurs, infirmités, toxicomanie) ont-ils une influence sur cette affection? Si oui, lesquels?

5. Genre du **traitement**? Par qui?

S'il s'agit d'un traitement stationnaire: hôpital? du ..... au .....

6. **Incapacité de travail** en tant que (taux d'occupation %)

..... % du ..... au .... % du ..... au .....

Quand peut-on compter sur une reprise du travail?
La **reprise** du travail est-elle possible **avant le week-end**? ☐ oui ☐ non

7. La reprise du travail ou l'augmentation de la capacité de travail pourrait-elle être facilitée par des **mesures non médicales** (p. ex., transport jusqu'au lieu du travail, aide sociale ou soutien familial)?

☐ oui ☐ non Si oui, lesquelles et **dans quelle proportion**?

8. Ce certificat est-il un **certificat final**? ☐ oui ☐ non
Si la réponse est non, quand y aura-t-il de nouvelles constatations concernent l'état de santé de votre patient/e qui justifieront la demande d'un **prochain certificat médical**?

9. Existe-t-il d'**autres organismes d'assurance** impliqués (LAA, caisse maladie, AI, etc.)? Si oui, lesquels?

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Va à: Patient/e: Médecin → agence sous mentionnée

Zurich Compagnie d'Assurance SA
c/o Caisse AVS Simulac
Département indemnité journalière
Wyttenbachstrasse 24
Caisse postale, 3000 Berne 22
Tél. 031 340 61 61