

Assurance-chômage

--

Certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales

Nom et prénom	No AVS
Adresse (rue, numéro, NPA, lieu d'habitation)	

Collaboration lors de la mise en œuvre

Le/la requérant/e est tenu d'autoriser toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels, à fournir tous les renseignements nécessaires à l'établissement du droit aux prestations. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis (art. 28 LPGA).

Levée du secret professionnel concernant les questions posées ci-dessous

Le/la patient/e délègue le médecin du secret professionnel auprès de la caisse de chômage, en vertu de l'art. 321 CP

Date

Signature du/de la patient/e

1. Depuis combien de temps suivez-vous le/la patient/e ?
2. Le/la patient/e vous a-t-il/elle décrit des problèmes de santé survenus en raison de son activité professionnelle auprès de son employeur ou qu'il/elle ait été empêché/e d'exercer son activité en raison de son état de santé ? Si oui, de quels genres étaient ces problèmes et quand est-ce que le/la patient/e vous a consulté à ce sujet pour la première fois ?

--



A59

3. Sur la base de vos examens et évaluations médicales, parvenez-vous à la conclusion que le/la patient/e ne peut plus rester à son poste de travail pour des raisons de santé ?

4. Le/la patient/e n'a pas été en mesure d'exercer son activité en raison de son caractère non convenable :

du au à un taux d'incapacité de travail de%

du au à un taux d'incapacité de travail de%

du au à un taux d'incapacité de travail de%

5. Quelles activités le/la patient/e est-il/elle encore à même d'exercer ?

6. Autres remarques

Nous vous remercions de vos réponses.

Lieu et date

Timbre et signature du médecin