

# FORMULAIRE : DÉCLARATION « INVALIDITÉ »

**AFI · ESCA**



Groupe Burrus

Nom, Prénom de l'assuré(e) : .....  
Références dossier : .....  
Profession de l'assuré(e) : .....  
Adresse à laquelle l'assuré(e) peut être visité(e) : .....  
.....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

## ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE - À COMPLÉTER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Cette attestation est à adresser à l'attention du Médecin Conseil d'AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.

1. Nature de (ou des) l'affection(s) invalidante(s) : .....
2. Date de l'arrêt de travail en relation avec cette affection :
3. À quelle date remonte le début de l'affection ?
4. L'assuré(e) a-t-il (elle) déjà eu des arrêts de travail pour cette même affection ?  Oui  Non
5. Si oui, date et durée de ces arrêts : .....
6. L'invalidité est-elle totale ?  
Pour la profession exercée : .....  
Pour l'exercice d'une quelconque profession : .....
7. Date de consolidation :
8. Taux d'invalidité :  
Fonctionnelle : .....  
Professionnelle : .....
9. L'état est-il définitif ?  Oui  Non
10. L'état est-il susceptible d'amélioration ?  Oui  Non
11. L'état nécessite-t-il l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie ?  Oui  Non
12. Observations complémentaires éventuelles (troubles antérieurs, etc ...) : .....

Le présent certificat a été établi à la demande de l'assuré(e) pour valoir ce que de droit.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le :

Nom et cachet du médecin

Signature du médecin :