

# Rapport médical abrégé sur le diagnostic et l'incapacité de travail

Indemnité journalière en cas de maladie /  
indemnité journalière en cas d'accident

IJM  
 LAA

Numéro de sinistre ou numéro d'assuré :

## Patient

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Taux d'occupation : \_\_\_\_\_ %  
Profession exercée :  intellectuelle  physique

## Premier traitement

Date : \_\_\_\_\_

## Diagnostic(s)

Code CIM et descriptif éventuel

## Début de l'incapacité de travail

Date : \_\_\_\_\_  
Degré de l'incapacité de travail : \_\_\_\_\_

## Fin de l'incapacité de travail

Reprise du travail prévue le : \_\_\_\_\_

Lieu et date :

Adresse du médecin :

Signature du médecin :

EAN :

RCC :

Tél. :

E-mail :