

**CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL SALARIE  
CONFIDENTIEL**

VIGNETTE

**A remplir par l'assuré social**

Nom et prénom .....

Numéro d'identification du Registre national :  -  -

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle): .....

*L'assuré social doit communiquer à la mutualité toutes modifications concernant sa résidence dans les deux jours  
calendrier de ces changements*

Ce certificat concerne:  le début de cette incapacité  
 une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail:

Ouvrier(e)  Employé(e)  Chômeur(e)

**Profession (actuelle):**

.....  
.....

Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire?  NON  OUI .....

**L'incapacité est en lien avec :**  un accident  une maladie professionnelle  une autre maladie

*La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde aux personnes que ces informations concernent un droit  
d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être  
obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.*

**SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin**

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en  
médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du    au    (inclus)

**Diagnostic ou symptomatologie, et/ou des troubles fonctionnels :**

.....  
.....  
.....

*Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure  
évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.*

Codage facultatif du diagnostic principal :  ICPC-2 ou  ICD-10

L'intéressé(e) est ou sera **hospitalisé(e)** à partir du

En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement:

**Communication avec le médecin-conseil:** le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à  
l'adresse courriel suivante: .....

**Par ailleurs les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.**

Identifications du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

**Institut National d'Assurance**  
**Maladie Invalidité**  
**CONFIDENTIEL**  
**CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL**



**Omnimut**  
**A l'attention du médecin-conseil**  
  
**rue Natalis, 47 B**  
**4020 Liège**