



EXPERTS-COMPTABLES
COMMISSAIRES AUX COMPTES

Votre caisse
de retraite

DEMANDE D'EXONERATION DE COTISATIONS

CERTIFICAT MEDICAL

Le requérant qui sollicite une exonération au titre de l'incapacité de plus de 6 mois doit remettre cette formule au Médecin traitant qui la remplira aux frais du demandeur.

L'INTERESSE LA JOINDRA A SA DEMANDE APRES L'AVOIR PLACEE SOUS ENVELOPPE CACHETEE.

Le Docteur _____ demeurant
à _____
déclare avoir examiné le _____
M _____ demeurant
à _____

1 - ETAT GENERAL : Taille, Poids _____
Signes de sénilité : _____

2 - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : _____
Coeur : _____
Etat des artères : _____ T.A. _____
Oedèmes : _____

3 - APPAREIL RESPIRATOIRE : _____

4 - APPAREIL URINAIRE : _____
s'il y a lieu,
Sucre : _____
Albumine : _____
Troubles de miction : _____

5 - VUE : Acuité visuelle (V.O.D.) _____
(V.O.G.) _____

6 - OUIE : _____

7 - RHUMATISMES :
Chroniques : _____
Localisations : _____
Déformations : _____
Conséquences : _____

8 - AUTRES APPAREILS : _____

CONCLUSIONS (Diagnostic, souligner la principale cause d'incapacité)

Indiquer si possible :

1°) le taux d'inaptitude : _____

2°) la date de survenance de l'invalidité : _____

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE REQUERANT

NOM (1) : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

(1) les femmes mariées indiqueront leur nom de jeune fille suivi de leur nom marital.

Le Médecin traitant donnera ici toutes précisions sur les affections ayant interdit au requérant d'exercer son activité professionnelle pendant une durée continue supérieure à 6 mois ou pour une durée totale de 6 mois au cours de l'année (année civile)

**Indiquer la date de début de l'incapacité et
la date de reprise de l'activité.**

A _____ Le _____
(signature du médecin traitant)