

# CAVOM

Caisse d'Assurance Vieillesse  
des Officiers Ministériels, Officiers Publics et des Compagnies Judiciaires

## CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE DE TRAVAIL

(formule à remettre au médecin traitant qui le remplira aux frais du demandeur)

NOM : .....

Date de naissance : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Sollicite l'exonération des cotisations des régimes de l'allocation vieillesse et de la retraite complémentaire selon la procédure définie par les statuts de la Caisse National d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales pour incapacité d'exercer la profession :

Soit pour une durée continue supérieure à six mois

Soit pour une durée totale de six mois au cours de la même année civile

Le docteur : -----

Demeurant : -----

Déclare avoir examiné M -----

A  
(signature et cachet du médecin)

le

☞ Voir au verso

**ETAT GENERAL :**

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Signes de sénilité :

---

---

---

**NATURE ET ORIGINE DE L'AFFECTION :**

---

---

---

---

---

---

---

**DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL :** \_\_\_\_\_

**L'AFFECTION ENTRAINE-T-ELLE POUR L'ASSURÉ(E) UNE INCAPACITÉ TOTALE D'EXERCER SA PROFESSION LIBÉRALE :**

Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Jusqu'à quelle date prévisible : \_\_\_\_\_

**L'AFFECTION PERMET-ELLE A L'ASSURÉ(E) D'EXERCER PARTIELLEMENT SA PROFESSION LIBÉRALE :**

Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Dans quelles conditions :

---

---