

**MOD. PI 2 : CERTIFICAT MEDICAL D'INVALIDITE**

**CONFIDENTIEL**

Je soussigné, ..... Docteur en Médecine, CNOM.....

Résidant à .....

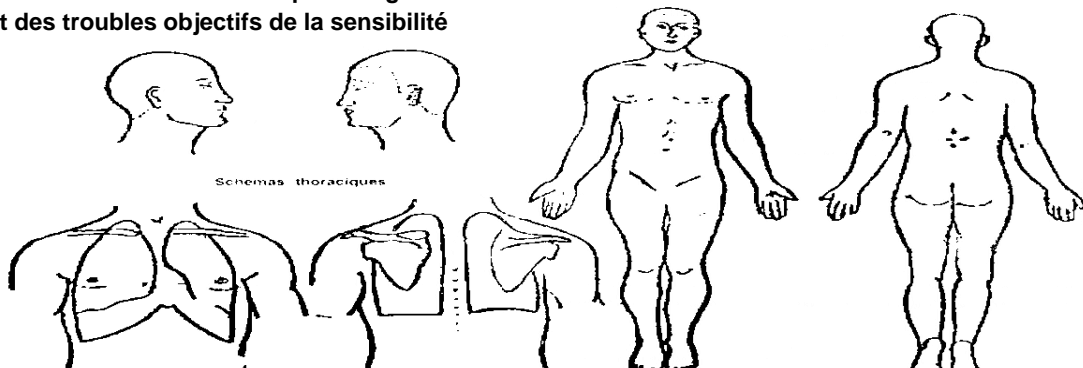
Certifie :

- avoir contrôlé que les renseignements repris au MOD.PI1 correspondent aux pièces d'identité avec lesquelles le demandeur s'est présenté le ..... à .....
  - que l'invalidité est due :
    - à une maladie professionnelle : Oui  Non
    - à un accident de travail : Oui  Non
  - que l'invalidité est due  / n'est pas due  :
    - une faute intentionnelle du demandeur ;
    - un risque spécial, à savoir :
      - une maladie ou un accident provoqué par une infraction commise par le travailleur et ayant entraîné sa condamnation définitive ;
      - un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux, d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou d'une exhibition, sauf lorsque ceux-ci sont organisés par l'employeur ;
      - une maladie ou un accident survenu à la suite d'un excès de boisson ou de drogue ;
      - une maladie ou un accident provoqué par la faute intentionnelle de l'intéressé(e) ;
      - une maladie ou un accident survenu à la suite de travaux effectués pour compte d'un tiers ;
      - des faits de guerre, de troubles ou d'émeutes, sauf si la maladie ou l'accident, conformément à la définition qui en est donnée par la réglementation sur la sécurité sociale, survient par le fait ou à l'occasion du travail ;
  - avoir procédé ou fait procéder aux examens suivants : (joindre éventuellement les protocoles d'analyses ou d'examens des spécialistes consultés) .....
  - avoir constaté que le demandeur est atteint des affections ou lésions ayant entraîné des séquelles ou infirmités suivantes (description détaillée ci-dessus et localisation précisée sur les silhouettes ci-après) : .....
- Causées par : - maladie .....
- accident .....survenu à la date du ..... 20 .....
- qu'en date de .....20..... le demandeur a subi Oui / Non  une diminution permanente ou présumée permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail ;
  - que l'invalidité a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante :  
Oui  Non
  - que l'invalidité est :
    - permanente ;
    - présumée permanente et l'invalidité devra subir un examen de révision tous les six mois jusqu'à la date de la consolidation de la lésion ou stabilisation de l'état de l'invalidité dont le premier examen interviendra le .....20.....

**NB** : Cocher les cases correspondantes.

**SILHOUETTES.**

**Pour l'indication des cicatrices des corps étrangers  
Amputation et des troubles objectifs de la sensibilité**



**SIGNATURE ET SCEAU DU MEDECIN**

**Avis du médecin désigné ou agréé par la CNSS**

Je soussigné, .....Médecin désigné ou agréé par la CNSS :

1. Confirme  ou infirme l'invalidité du demandeur ..... depuis le .....,20..... ;
2. le demandeur répond au bénéfice de la pension d'invalidité temporaire avec une révision dans un délai de ..... ou permanente ;
3. que l'invalidé a ou n'a pas besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

**SIGNATURE ET CEEAU DU MEDECIN**