



# RAPPORT DU CONSEIL MEDICAL

(cas de pension d'invalidite)



Les dates sont en format JJ MM AAAA

RMPE160128

Etabli par le Docteur

Nom

Prénoms

## I. IDENTITE DU DEMANDEUR

N° Assurance

Nom et prénoms

Date de naissance       Sexe : F  M

## II. DEFINITION DE L'INCAPACITE

Nous soussignés, après examen du demandeur et de son dossier, certifions que :

### 1. Le demandeur subit une diminution :

- permanente
- de ses capacités physiques
- présumée permanente
- de ses capacités physiques, mentales ou autres

entraînant une incapacité de travail d'au moins 2/3 compte tenu de sa qualification professionnelle.

### 2. L'incapacité est due :

- à la maladie
- à un accident
- S'agit-il d'une maladie professionnelle? Oui  Non
- S'agit-il d'un accident du travail? Oui  Non

### 3. Qu'à notre connaissance cette invalidité n'est pas la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le demandeur ou d'une faute intentionnelle de sa part.

## III. EXAMENS MEDICAUX EFFECTUES OU DEMANDES

(joindre au présent rapport les résultats des analyses ou des examens des spécialistes consultés)

***Vous pouvez télécharger cet imprimé en ligne sur [www.cnss.tg](http://www.cnss.tg) et le remplir en caractères majuscules et sans ratures.***

Description des affections ou lésions, séquelles ou infirmités dont le demandeur est atteint

[Empty box for description of conditions]

Préciser le taux I.P.P.   %

Le demandeur a-t-il besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante? Oui  Non

Date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision, si la permanence de l'invalidité n'est pas assumée

Date examen révision

Fait  le

Signature et cachet du Conseil Médical