



Attestation

(À compléter à la reprise de l'activité totale et/ou partielle)

Je soussigné(e) _____

Vous informe qu'à compter du

j'ai repris mon activité :

À temps complet

À temps partiel à hauteur de _____ % Pour une durée prévisionnelle de _____

(dans ce cas, nous vous remercions de bien vouloir joindre à la présente un certificat médical précisant ce pourcentage).

Fait à : _____

Le

Signature et cachet

La Médicale de France

Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital entièrement libéré
de 2 160 000 euros - Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris
Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10
582 068 698 RCS Paris

Predica - Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital entièrement libéré de 960 745 065 euros
Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris
La Médicale Vie - Prévoyance - Association Loi 1901 - 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris



La médicale
assure les professionnels de santé