

**Demande d'autorisation de départ et de séjour
« hors circonscription » (*)
(ESCM06679)**

A compléter par l'assuré(e):

Nom et prénom :

Numéro d'identification :

Numéro de téléphone :

1 - Nature de l'arrêt de travail

- Maladie
 Accident de Travail / Maladie Professionnelle

2 - Motif du départ

- Départ justifié par un certificat médical (à joindre)
 Autre motif à préciser :

.....
.....

3 - Adresse durant le séjour hors de la circonscription :

.....
.....
.....

4 - Dates du départ

Du/...../..... au/...../.....

5 - Engagement du demandeur

Je m'engage à ne pas quitter la circonscription de ma caisse si un refus de sortie hors circonscription m'est notifié. A défaut, j'accepte que le versement de mes indemnités journalières soit supprimé pour toute ou partie de la période de séjour hors de mon domicile.

Date de la demande :

Signature de l'assuré(e):

**Joindre obligatoirement à cette demande un certificat du médecin traitant indiquant que l'état de santé ne contre indique pas un déplacement.*

A compléter par le Contrôle Médical de la MSA :

- Accord
 Refus

Date :

Visa du Contrôle Médical :

Pour nous écrire :
MSA Sud Aquitaine
70 rue Alphonse Daudet
40286 SAINT PIERRE DU MONT

sudaquitaine.msa.fr