

**DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPLACEMENT HORS CIRCONSCRIPTION (DÉPARTEMENT)
AU COURS D'UN ARRÊT DE TRAVAIL**

A adresser à la MSA au minimum 15 jours avant le départ prévu
Joindre également un certificat de non contre-indication médicale
À déposer via votre espace privé ou à renvoyer à :

MSA POITOU

Service du Contrôle Médical
37, rue du Touffenet
86042 POITIERS Cedex

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Prénom, Nom :

Numéro d'immatriculation (NIR) :

Maladie

Accident du travail/Maladie professionnelle

Actuellement en arrêt de travail du au

Nationalité (si départ hors du territoire français) :

Adresse temporaire pendant le séjour :

.....

Pays :

Téléphone :

Date de départ :

Date de retour :

Motif du déplacement :

.....

.....

.....

.....

Le

Signature de l'assuré(e)

Tout séjour hors département ou à l'étranger doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la MSA au minimum 15 jours avant le départ. Le paiement de vos indemnités journalières est subordonné à l'accord préalable du contrôle médical de la MSA.