

## Demande d'autorisation de départ et de séjour « hors circonscription »

**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 de 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 au partie de la période de séjour hors de mon domicile.

**Date de la demande :**

**Signature de l'assuré(e) :**

**A compléter par le Contrôle Médical de la MSA :**

- Accord  
 Refus

**Date :**

**Visa du Contrôle Médical :**