

**DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPLACEMENT HORS CIRCONSCRIPTION
AU COURS D'UN ARRÊT DE TRAVAIL MALADIE OU ACCIDENT DU TRAVAIL**

À adresser à la MSA au minimum 15 jours avant le départ prévu

Cet imprimé doit être nécessairement accompagné d'un certificat médical établi par votre médecin.

PARTIE A COMPLETER PAR L'ASSURÉ

- Maladie
 Accident du travail /Maladie Professionnelle

Actuellement en arrêt de travail du au

Numéro d'immatriculation (NIR) :

Nom, Prénom :

Nationalité (si départ hors du territoire français - **Pièce d'identité ou titre de séjour à joindre à votre demande**) :
.....

Adresse temporaire pendant le séjour :

Pays :

Téléphone :

Date de départ :

Date de retour :

Motif du déplacement :

Le

Signature de l'assuré

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 versement des indemnités journalières pendant cette période est subordonné à l'accord préalable de la MSA.