

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

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

*MSA Beauce Coeur de Loire  
Contrôle Médical - 5 rue Chanzy -28037 Chartres Cedex*

**PARTIE A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)**

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