

Certificat médical

Assurance de groupe (Health Care)- e-volulife



Ce certificat informe le médecin conseil d'AG sur la nature des soins reçus et sur la durée et le degré d'incapacité de travail.

Faites compléter ce document par le médecin traitant.

Seule la première partie doit être complétée en cas d'accouchement.

Veuillez envoyer ce document à : AG Insurance, À l'attention du médecin conseil
Service Médical Health Care - 1JQ5B, Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

CONFIDENTIEL

1. A compléter par l'assuré dans tous les cas

Groupe n° : et/ou n° contrat ou références si connues :

Identité assuré: Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

A compléter en cas d'accouchement

Début du repos d'accouchement : / /

La date exacte de l'accouchement : / /

Fin du repos d'accouchement : / /

2. A compléter par le médecin

A compléter en cas de maladie

Diagnostic et/ou symptômes de l'affection :

Depuis quelle date soignez-vous l'intéressé pour cet accident ou cette affection ? / /

Quand les premières manifestations sont-elles apparues ? / /

La maladie actuelle est-elle la conséquence d'une infirmité ou d'une maladie antérieure quelconque ? Non Oui

Si oui, laquelle ? Depuis quand ? / /

L'intéressé a-t-il déjà été soigné par un autre médecin ?

- Pour une affection prédisposante ? Non Oui

Si oui, nom et adresse :

- Pour la maladie actuelle ? Non Oui

Si oui, nom et adresse :

Si l'intéressé est hospitalisé, dans quel établissement se trouve-t-il ? (dénomination et adresse):
.....
.....

Date de l'hospitalisation : / / Durée probable :

L'intéressé a-t-il subi ou devra-t-il subir une intervention chirurgicale ? Non Oui

Si oui, nature de l'intervention (éventuellement code médical) :

Date (ou date probable) : / /

A compléter en cas d'accident

Accident survenu le : / / à : heures

Nature de l'accident : Privé Circulation Sport Travail Autre :

Veuillez donner une description détaillée de la lésion (nature, localisation, étendue, etc ...) :

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

La lésion a-t-elle une répercussion sur les organes voisins Non Oui

Si Oui, laquelle ?

L'intéressé était-il antérieurement à l'accident atteint d'une infirmité ou d'une affection quelconque ? Non Oui

Si Oui, laquelle ?

A-t-elle une influence sur l'évolution de la lésion ? Non Oui

Si Oui, laquelle ?

Début de l'incapacité de travail :

..... / / (date exacte)

La date de reprise de travail éventuelle : / /

L'incapacité de travail actuelle est-elle totale ? Non Oui, durée prévue : (à partir de la date de survenance)

Si non, quel en est le degré ? %

durée prévue : (à partir de la date de survenance)

Comment évaluez-vous l'évolution de l'incapacité de travail ?

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

Traitement portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel

- Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque et/ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques.
- Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement de mes données à caractère personnel relatives aux condamnations pénales et aux infractions par AG et par mes mandataires dans le cadre du traitement du sinistre.

AG est responsable du traitement de ces données et, à ce titre, s'engage à respecter les obligations découlant de la législation applicable relative à la protection de la vie privée.

J'ai été informé de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

Fait à le / /

Signature de l'assuré :

Signature et cachet du médecin :

