

# Certificat médical

Assurance de groupe [Health Care]- e-volulife



Ce certificat informe le médecin conseil d'AG Insurance 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.

**Veillez 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 ...) : .....

HLa 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 ?

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

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature de l'assuré :

Signature et cachet du médecin :