

Assurance de groupe (Health Care)



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, à l'attention du médecin conseil
Service Médical Health Care - 1JQ5B
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

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 ? / /

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 ...]:

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

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:

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales [le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle], et en particulier en vue de l'exécution des avantages complémentaires [pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle] souscrits en votre faveur par votre employeur ou secteur et dont la gestion a été confiée à AG. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales [le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle] et notre Notice Vie Privée sur www.aginsurance.be.

