

CERTIFICAT MEDICAL

(A compléter par le médecin traitant)

| | |
|--|--|
| 1. Souscripteur..... | Numéro de police..... |
| 2. a) Nom et prénom du patient b) Date de naissance du patient | a) b)/...../..... |
| 3. a) Nom et prénom du médecin traitant b) Adresse du médecin traitant c) Médecin traitant du patient depuis le : | a) b) c)/...../..... |
| 4. a) Nature de l'affection à l'origine de l'incapacité de travail actuelle | a) |
| 5. a) Cette affection est le résultat d'un(e) | <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident de travail |
| 6. a) Date de première consultation pour cette affection b) Date du premier diagnostic c) Description des soins et du traitement | a)/...../..... b)/...../..... c) |
| 7. En cas d'hospitalisation : a) Nom et adresse de l'établissement b) Durée de l'hospitalisation | a) b) du/...../..... au/...../..... |
| 8. a) Pourcentage de l'incapacité de travail: b) Durée minimale prévue de l'incapacité de travail: | a)% b) du/...../..... au/...../..... |
| 9. a) Le patient est-il toujours en traitement? Si non, date effective de fin du traitement Si oui, date probable de fin du traitement b) Date prévisible de guérison totale | a)/...../...../...../..... b)/...../..... |
| 10. a) Le patient a-t-il déjà été soigné auparavant pour l'affection actuelle? Si oui, à quelle(s) date(s)? | a) du/...../..... au/...../..... |
| 11. a) Le patient a-t-il déjà été soigné auparavant pour d'autres maladies et/ou infirmités? Si oui, lesquelles? b) Celles-ci aggravent-elles l'affection actuelle? c) Y a-t-il un lien avec l'affection actuelle? | a) b) c) |

Observations éventuelles:

.....

.....

Veuillez renvoyer ce certificat dûment et lisiblement complété au Service Médical de North Europe Life Belgium.

Fait le...../...../.....

Signature du médecin :

Cachet du médecin :