

CERTIFICAT MEDICAL

(A compléter par le médecin traitant)

1. Souscripteur	Numéro de police
2. a) Nom et prénom du patient	a)
b) Date de naissance du patient	b)/...../.....
3. a) Nom et prénom du médecin traitant	a)
b) Adresse du médecin traitant	b)
c) Médecin traitant du patient depuis le :	c)/...../.....
4. a) Nature de l'affection à l'origine de l'incapacité de travail actuelle	a)
5. 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	a)/...../.....
b) Date du premier diagnostic	b)/...../.....
c) Description des soins et du traitement	c)
7. En cas d'hospitalisation :	a)
a) Nom et adresse de l'établissement
b) Durée de l'hospitalisation	b) du/...../..... au/...../.....
8. a) Pourcentage de l'incapacité de travail:	a)%
b) Durée minimale prévue de l'incapacité de travail:	b) du/...../..... au/...../.....
9. a) Le patient est-il toujours en traitement?	a)
Si non, date effective de fin du traitement/...../.....
Si oui, date probable de fin du traitement/...../.....
b) Date prévisible de guérison totale	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?	a)
b) Celles-ci aggravent-elles l'affection actuelle?	b)
c) Y a-t-il un lien avec l'affection actuelle?	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 :