

**DOSSIER GERE A**

1000 BRUXELLES  
 Rue du Pont Neuf 17  
 Tél.: 02 664.72.77  
 Fax : 02 664.70.80

6000 CHARLEROI  
 Bd. Tirou 185  
 Tél.: 071 27.63.80  
 Fax : 071 27.60.91

2600 BERCHEM  
 Berchemstationstraat 70  
 Tél.: 03 218.31.11  
 Fax : 03 218 32 14

**ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS**

**CERTIFICAT MEDICAL**

à adresser immédiatement après le premier examen médical  
 au médecin de AG Insurance.

<b>PRENEUR</b>	<b>POLICE N°</b>
	<b>SINISTRE N°</b>

<b>Nom et prénoms de la victime</b>	.....
<b>Adresse</b>	.....
<b>Lieu et date de naissance</b>	.....
<b>Profession</b>	.....

<b>Jour, heure et endroit du premier examen</b>	.....
<b>Date de l'accident ou origine des lésions d'après la victime</b>	.....

<b>DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION</b>	.....
- Signes objectifs : indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des affections ou blessures et les parties du corps atteintes	.....
- Plaintes subjectives émises par la victime	.....

<b>Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables l'origine signalée par la victime, la date indiquée ?</b>	.....
<b>Dans la négative, sur quelles constatations basez-vous votre réponse ?</b>	.....

**COMPLETEZ LE VERSO S.V.P.**

- La victime peut-elle continuer à travailler totalement ou partiellement ?  
Si non, à quelle date a-t-elle dû cesser le travail ?  
(pour les élèves indiquer s'il y a interruption d'enseignement)

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

- DIAGNOSTIC :

- Guérison complète
- Durée du traitement
- Durée de l'incapacité temporaire :
  - totale
  - partielle
- Incapacité permanente
- Décès

oui - non

.....

oui - totale

partielle ..... %

.....

N'y a-t-il rien chez la victime qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ou de la maladie ?  
Infirmités antérieures ?

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

Des soins constants sont-ils donnés ?  
Si la victime est hospitalisée, indiquer l'adresse de l'établissement hospitalier

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

L'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc...) est-elle nécessaire ?

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

Observations particulières

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

Fait à ....., le .....

Nom et adresse ou cachet du médecin,

Signature,