GENERALI

GENERALI BELGIUM SA
Avenue Louise 149 - 1050 Bruxelles
Tél. 02/ 403 87 46 - Téléfax 02/ 403 88 99
Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145
N° entreprise 0403.262.553 - RPM Bruxelles
(AR du 04.07.1979 - MB du 14.07.1979)

ACCIDENTS DU TRAVAIL

## NOTE D'HONORAIRES

(A ENVOYER A "GENERALI BELGIUM")

Docteur : .....

N° O.M. : .....

Adresse : .....

N° compte : .....

Nom et prénoms de la victime :
(EN LETTRES CAPITALES S.V.P.)

.....

.....

Employeur : .....

.....

Date de l'accident : .....

RELEVE DES PRESTATIONS MEDICALES selon le barème applicable aux accidents du travail (barème INAMI).

| Date | Code | Montant barème INAMI | Réservé à G.B. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total EUR : | | ..... | ..... |

**Observations** : .....

.....

.....

.....

GENERALI

GENERALI BELGIUM SA - Avenue Louise 149 - 1050 Bruxelles
Tél. 02/ 403 87 46 - Téléfax 02/ 403 88 99
Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145
N° entreprise 0403.262.553 - RPM Bruxelles
(AR du 04.07.1979 - MB du 14.07.1979)

**ACCIDENTS DU TRAVAIL**

**Sinistre n°** .....

du .....

## CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON SANS INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

*(1) Nom, prénoms, adresse*

*(2) Biffer la mention inutile*

*(3) Nom, prénoms, adresse de la victime*

*(4) L'incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux.*

*(5) Biffer la mention inutile*

*(6) Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.*

*(7) Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.).*

Je soussigné, *(1)* .....

.....

.....

agissant en ma qualité de :

– médecin consulté par la victime *(2)*

– médecin-conseil de l'assureur *(2)*

ayant examiné le .....

le (la) dénommé(e) *(3)* .....

.....

.....

victime d'un accident du travail le .....

déclare :

1. que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après *(4)* .....
   .....
2. que la victime a repris le travail le .....
3. que la victime est guérie depuis le .....
   3.1. sans aucune séquelle *(5)* .....
   3.2. avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail *(5) (6)*
4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire : *(7)* .....

Date : .....  Signature : .....