

A compléter par LE MEDECIN TRAITANT et à remettre à l'assuré

Contrat d'assurance n°

- 088/046 Fam.431

**A. IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM – PRENOM : ..... Né(e) le .....

Adresse : .....

**B. NATURE DU SINISTRE :**

maladie     accident     accouchement     tentative de suicide

Date du 1er jour d'hospitalisation : .....

Date du dernier jour d'hospitalisation :

Nature de l'affection ou du traumatisme : .....

Une intervention chirurgicale est-elle prévue ?     oui     non

Nature :

Code(s) INAMI : .....

**C. RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC LE SINISTRE**

Depuis quand connaissez-vous l'intéressé ? .....

Depuis quelle date le soignez-vous pour cette affection ou accident ? .....

Date à laquelle sont apparues les 1ères manifestations : .....

Date du diagnostic et lequel ? .....

L'assuré était-il antérieurement atteint d'une infirmité, d'une maladie quelconque ou d'un trouble métabolique ou y avait-il un abus d'alcool qui aurait pu :

- prédisposer à la maladie ou l'accident actuel ?     oui     non

Si oui, précisez : .....

- avoir une influence quant à leur évolution ?     oui     non

Si oui, précisez : .....

L'intéressé a-t-il été soigné par d'autres médecins que vous : -pour l'affection prédisposante ?     oui     non

Nom & adresse : .....

: -pour l'affection actuelle ?     oui     non

Nom & adresse : .....

Fait à ..... le.....

Cachet

Signature,