

Certificat médical

Protection Budgétaire Familis / Familis Protection

CONFIDENTIEL

A remplir en cas d'incapacité totale de travail.

Ce document doit être complété par le médecin traitant.

Je soussigné, (Nom) (prénom), Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date début de l'incapacité totale de travail : / /

Cause de l'incapacité totale de travail :

Date prévue de la fin de l'incapacité de travail : / /

(En cas de prolongement, veuillez transmettre le plus rapidement possible une attestation de prolongation de l'incapacité de travail).

Fait à, le / /

Signature et cachet du médecin,

Ce document doit être renvoyé à l'attention du médecin conseil d'AG Insurance :

Nord : schadebanoord.broker@aginsurance.be ou par fax : +32(0)3 218 32 13

Sud : sinrcsud.broker@aginsurance.be ou par fax : +32(0)71 27 69 91