

Assurance de Groupe (Health Care)

Certificat médical

GROUPE N°. **M025**

Veuillez nous renvoyer l'original dûment complété et signé, et en garder une copie.

Ce document doit être complété par le médecin traitant ou le médecin de famille. Il ne doit pas l'être en cas d'accouchement.

Dans tous les cas **1** + **2** en cas de MALADIE + **4** si le contrat couvre l'INVALIDITE
3 en cas d'ACCIDENT

Ce certificat est destiné à informer le service médical de Fortis AG Insurance sur la nature des soins reçus par l'intéressé et sur la durée et le degré d'incapacité de travail éventuelle

1 Nom et prénoms de l'intéressé (en lettres capitales) _____

Date de naissance _____

Depuis quelle date soignez-vous l'intéressé pour cet accident ou cette affection ? _____

Si l'intéressé est hospitalisé, dans quel établissement se trouve-t-il ? (Dénomination et adresse) _____

Début de l'hospitalisation _____ Durée probable _____

L'intéressé a-t-il subi ou devra-t-il subir une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si **OUI**, nature de l'intervention (éventuellement code médical) _____

Date (ou date probable) _____

L'intéressé est-il autorisé à sortir ? Oui Non

Diagnostic et/ou symptômes de l'affection _____

2 En cas de MALADIE

Quand les premières manifestations sont-elles apparues ? _____

L'intéressé était-il antérieurement atteint d'une infirmité ou d'une maladie quelconque qui aurait pu prédisposer à la maladie actuelle ? Oui Non

Si **OUI**, laquelle ? _____ Depuis quand ? _____

L'intéressé a-t-il été soigné par d'autres médecins que vous – pour l'affection prédisposante? Oui Non

– pour la maladie actuelle ? Oui Non

Si **OUI**, nom et adresse _____

3 En cas d'ACCIDENT

Accident survenu le _____ à _____ heures

Veuillez donner une description détaillée de la lésion (nature, localisation, étendue, etc ...) _____

La lésion a-t-elle une répercussion sur les organes voisins ? Oui Non

– Si **OUI**, laquelle ? _____

L'intéressé était-il antérieurement à l'accident atteint d'une infirmité ou d'une affection quelconque ? Oui Non

– Si **OUI**, laquelle ? _____

– A-t-elle une influence sur l'évolution de la lésion ? Oui Non

– Si **OUI**, laquelle ? _____

4 Si le contrat couvre l'INVALIDITE

Début de l'incapacité de travail ? (date exacte) _____

L'incapacité de travail actuelle est-elle totale ? Oui Non

– Durée prévue _____ (à partir de la date ci-dessus)

Si NON, quel en est le degré ? _____ %

– Durée prévue _____ (à partir de la date ci-dessus)

Quelle sera, à votre avis, l'évolution de l'incapacité de travail ? _____

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin,



FORTIS AG

Solid partners. Flexible solutions

Fortis Employee Benefits