



CERTIFICAT MEDICAL
(a remplir par votre médecin)

Numéro du contrat		Numéro du dossier sinistre	
Date de l'accident			

Le soussigné, docteur en médecine,

Adresse :

Declare que :

Nom et prénom :

Adresse:

a été victime d'un accident le (date) / / à (lieu)

Conséquences de l'accident

- Première consultation en rapport avec l'accident (date et heure) : / / à u
- Description de la nature des blessures :
.....
.....
- La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non
Si oui, du / / au / / inclus.
- La victime est encore en traitement guérie depuis le / /
- La victime est-elle temporairement incapable d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...)? Oui Non
Si oui, périodes et pourcentages d'incapacité :
du / / au / / inclus à %
du / / au / / inclus à %
du / / au / / inclus à %
du / / au / / inclus à %
du / / au / / inclus à %
- Le rétablissement complet de la victime est-il prévu? Oui Non
Si oui, le (date) / /
Si non, quelle est l'évolution de l'incapacité permanente ? %
- Informations complémentaires :
.....
.....

Fait à le (date) : / /

Signature et cachet du médecin

Privacy notice.

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intégrée, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée. Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site « <https://www.pv.be/fr/vie-privee> ».