



CERTIFICAT MEDICAL

B

SINISTRE N°

POLICE N°

Du docteur :
 spécialiste en :
 demeurant à :

SOUSCRIPTEUR

Nom et prénom ou raison commerciale :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :

VICTIME

Nom et prénom :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :
 Date de naissance : - -

Date de l'accident : - -
 Date première visite : - -

Lésions constatées :

INCAPACITÉ

Résultant des lésions :	Totale (1) - Durée :
	Partielle : Taux - Durée

Suites présumées :

La victime est soignée :
 Le traitement institué est le suivant :

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont :

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être : utile inutile.
 La radiographie est : nécessaire utile.
 L'hospitalisation : s'impose ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en,

Observations :

Fait à , le (Signature)

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute opération rentrant dans le cadre de sa profession. Dans les autres cas, elle est partielle.



CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION

CSINISTRE N° POLICE N°

Du docteur :
 spécialiste en :
 demeurant à :

SOUSCRIPTEUR

Nom et prénom ou raison commerciale :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :

VICTIME

Nom et prénom :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :
 Date de naissance : - -

Date de l'accident : - -

Je soussigné , docteur en médecine,
 domicilié à , déclare que
 la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du
 avec incapacité permanente sans incapacité permanente.

L'incapacité a été :

totale du - - au - - inclusivement ;
 partielle à% du - - au - - inclusivement ;
 partielle à% du - - au - - inclusivement ;
 partielle à% du - - au - - inclusivement .

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notamment dépassée ; en voici la cause :

Il y a
 Il n'y a pas } incapacité permanente.

Les séquelles sont :

Fait à , le (Signature)

INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé «DECLARATION D'ACCIDENT».
2. Faire remplir par votre médecin le volet B intitulé «CERTIFICAT MEDICAL». Le remboursement des frais médicaux s'effectue sur présentation des pièces justificatives et dans les limites prévues au contrat.
3. Adresser la déclaration d'accident (volet A) ainsi que le certificat médical (volet B) et ses annexes éventuelles) à :

cwc@axa.be

4. Si la guérison n'est pas acquise à l'expiration du délai fixé par le médecin dans le premier certificat (volet B), faire établir un nouveau certificat médical constatant la prolongation d'incapacité de travail et l'adresser à la Compagnie. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical.
5. Si, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à la Compagnie.

REMARQUE IMPORTANTE

L'indemnité pour incapacité temporaire est toujours calculée sur la base des certificats médicaux acceptés par la Compagnie.

Par conséquent, dans le but de sauvegarder vos intérêts, vous êtes tenu de vous conformer aux instructions qui précèdent.