

Certificat médical
e-volulife

GROUPE N° _____

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'**Invalidité**
3 en cas d'**Accident**

Confidentiel

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

1 Identité assuré et données hospitalisation

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

Date de naissance _____

Diagnostic et/ou symptômes de l'affection _____

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**
2 En cas de Maladie

Quand les premières manifestations sont-elles apparues ? _____

La maladie actuelle est-elle la conséquence d'une infirmité ou d'une maladie antérieure quelconque ? **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'Invalidité

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,