



ATTESTATION MEDICALE

Police n°
N/réf :

BUREAU D'ASSURANCES

ASSURANCES J. PIRENNE sprl
Chaussée de Charlemagne, 116 / 1
4890 - Thimister-Clermont
Tel : 087 44 63 50 Fax : 087 44 52 02
info@assurancespirenne.be

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :
Date de l'accident :

CONSTATATION MEDICALE

A remplir à la première consultation

1. L'accident a causés les lésions suivantes:
.....
.....
2. Entraînant ☐ la mort de la victime
☐ une incapacité partielle du au à %
☐ une incapacité totale du au à %
3. L'incapacité a pris cours le:
4. Suite probable de l'accident: - invalidité permanente: ☐ totale ☐ partielle
due à
- ☐ guérison complète

5. Durée probable de l'incapacité:

6. Traitement médical appliqué:

.....
.....

7. La victime doit-elle:	oui	non		oui	non
- suivre un traitement spécial?	☐	☐	- consulter un spécialiste?	☐	☐
- faire prendre des radios?	☐	☐	- être hospitalisée?	☐	☐

8. Le blessé était-il en bon état de santé? ☐ oui ☐ non

9. Un état antérieur (maladie ou blessures) peut-il exercer une influence sur les conséquences de l'accident?

☐ oui ☐ non Lequel?

10. La victime s'est présentée pour la première fois le:

11. Remarques particulières:

.....
.....

Fait de bonne foi à le

Signature du médecin,