



ace europe

ACE European Group Limited FSMA 2312
Av. des Nerviens, 9-31-bte 7 1040 Bruxelles-Belgium



Van Ingelgem
Assurances & Finance

Déclaration d'accident ou de maladie

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom et adresse			
2. Nom, prénom et adresse de l'assuré + numéro du district			
3. Date et heure de l'accident/première date: symptômes de la maladie	heure:		
4. Quand avez-vous été appelé auprès de l'assuré?	date:	heure:	
5. Nature des séquelles			
6. Prévoyez-vous une invalidité permanente? Laquelle et pour quelle raison ?			
7. Avez-vous hormis les séquelles de l'accident constaté une infirmité ou maladie dans le chef de l'assuré ? Lesquelles ?			
8. De quelle façon cette infirmité ou maladie pourrait-elle influencer la guérison?			
9. L'assuré doit-il, selon vous, rester au lit ou garder la chambre? Quelle est la durée ?			
10. L'assuré peut-il partiellement vaquer à ses occupations?			
11. Croyez-vous qu'un séjour en milieu hospitalier soit nécessaire? Pour quelle raison ? Durée probable			
12. Durée probable de l'incapacité			
13. Evolution du degré d'incapacité	Du	au	%
Durée probable du traitement médical	Du	au	%
	Du	au	%
	Du	au	%
14. Date probable de la guérison			
15. Informations complémentaires			

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin,

Message important: nous demandons expressément au médecin de ne pas laisser les questions ci-dessus sans réponse. Aussi nous leur demandons, si certains renseignements sont confidentiels, de nous les transmettre sous couvert à l'intention de notre médecin-conseil.

Ace European Group Limited