

## Certificat médical

### Renseignements

Docteur	.....			N° INAMI	.....
Adresse	.....				
Tél.	.....				
Nom de la victime	.....			N° contrat	.....
Accident	Date	.....	Heure	.....	
Les premiers soins ont été administrés le	Date	.....	Par	.....	
La victime est soignée	<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> à l'hôpital <input type="checkbox"/> ailleurs (spécifier) .....				
Médecin traitant	Nom	.....			
	Adresse	.....			

Infirmités, maladies ou lésions dont la victime souffrait déjà et qui ont contribué (in)directement à la situation actuelle ou qui peuvent influencer le processus de guérison :

.....

.....

.....

### Constatations par le médecin

Lésions consécutives à l'accident constatées lors de l'examen :

.....

.....

.....

La victime peut reprendre le travail	<input type="checkbox"/> entièrement	à partir du	.....
	<input type="checkbox"/> partiellement	..... %	à partir du

### Circonstances

Dans quelles circonstances l'accident s'est-il produit selon les déclarations de la victime ?

.....

.....

.....

Estimez-vous que les lésions constatées sont la conséquence de l'accident ?	<input type="checkbox"/> non		
	<input type="checkbox"/> oui (spécifier)	.....	

### Conséquences

Pas d'incapacité de travail

Incapacité de travail temporaire totale **compte tenu de la profession exercée** ..... du ..... au .....

Incapacité de travail temporaire partielle **compte tenu de la profession exercée** ..... % du ..... au .....

Décès le .....

Vous attendez-vous à une invalidité permanente

non

oui ..... %

### Traitement

Quel traitement avez-vous instauré ? .....

La victime doit-elle s'adresser à un médecin spécialiste ?

non

oui nom et prénom du médecin spécialiste .....

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin

.....

.....

.....



## Déclaration d'accident "Assurance Personnelle Accidents Corporels" (24 heures sur 24)



Securex Risques divers AAM

Siège social: avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles - Entreprise agréé par arrêté royal du 4.7.1979 pour pratiquer les opérations d'assurances suivantes :  
branche accidents (1), maladie (2) et pertes pécuniaires diverses (16) (M.B. 14.7.1979) sous code n° 805 - RPM Bruxelles -  
N° d'entreprise 0457.955.806 - BIC KREDBEBB - IBAN BE04 4400 6000 0131.

Brouwerijstraat 1, 9031 Drongen - Tél. 09 280 42 70 - Fax 09 280 40 70 - [insurance@securex.be](mailto:insurance@securex.be) - [www.securex.be](http://www.securex.be)

Formulaire à renvoyer à Securex, complété et signé, dans les 8 jours.

**Nous vous prions, dans votre intérêt, de répondre le plus exactement possible à toutes les questions.**

Preneur d'assurance			
Nom et prénom	.....		
Adressese	.....		
Tél.	.....	Fax	.....
Compte financier	.....	N° contrat	.....

Victime			
Nom et prénom	.....		
Adressese	.....		
Tél.	.....	Fax	.....
Compte financier	.....	Au nom de	.....
Date de naissance	.....	N° registre national	.....
Profession ou activité(s)	.....		
Mutualité Nom	.....		
Mutualité Adressese	.....		
	N° d'affiliation ou vignette	.....	
	Petits risques	o oui o non	
	A-t-elle été informée de l'accident ?	o oui o non	

Intermédiaire			
Nom et prénom	.....		
Adressese	.....		
Tél.	.....	Fax	.....
Numéro d'intermédiaire à Securex	.....	Réf.	.....

L'accident					
Date	.....	Heure	.....	Lieu	.....
Nature de l'accident	o Accident du travail o Accident de la vie privée				
Lésions	.....				
Causes et circonstances	.....				
Témoins	Nom	.....			
	Adresse	.....			
Autorités verbalisantes	.....				
numéro de procès-verbal	.....				
Tiers responsable	Nom	.....			
	Adresse	.....			
Assureur des tiers responsables	Nom	.....			
	N° police	.....			

## Incapacité

Avez-vous dû interrompre vos activités professionnelles

non

totalement

à partir du

partiellement

..... %

à partir du

## Premiers soins

Premiers soins dispensés par

Le

Médecin traitant

Nom

Adresse

## Paiement

Numéro de compte financier sur lequel les indemnités peuvent être versées

Au nom de

Crédit du compte producteur

Fait à

le

Nom et signature du preneur d'assurance

Nom et signature de l'assuré ou de son ayant droit

**veuillez nous transmettre au plus tôt le certificat médical ci-après, dûment complété.**

*Les données figurant sur le présent document sont enregistrées dans un traitement automatisé tenu par Risques Divers Securex dans le but de gérer les assurances de personnes individuelles et collectives.*

*Les personnes concernées ont le droit d'obtenir communication et correction des données les concernant et peuvent consulter le registre public tenu par la Commission pour la protection de la vie privée.*

*En vue d'une gestion aisée du contrat et du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne mon autorisation expresse en ce qui concerne le traitement des données médicales me concernant (article 7 de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée).*