



ATTESTATION MEDICALE

Police n°

BUREAU D'ASSURANCES

BAUVR SA
RUE DU SABLON 197
6600 BASTOGNE

Gestionnaires : BEGON ALICE - alice.begon@bauvir.be - 084 21 98 51
DABE EMILIE - emilie.dabe@bauvir.be - 061 21 06 17
GEORGES ELODIE - elodie.georges@bauvir.be - 061 21 06 02
LANNERS JUSTINE - justine.lanners@bauvir.be - 061 21 06 12

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - consulter un spécialiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - faire prendre des radios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - être hospitalisée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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,