

Certificat médical

AG Care - Hospitalisation

Confidentiel

Contrat 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 + 3 en cas d'accident

Ce certificat est destiné à informer le médecin conseil de AG Insurance sur la nature des soins reçus par l'intéressé.

1 A compléter dans tous les cas

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 ? NON OUI

Si OUI, nature de l'intervention (éventuellement code médical).....

Date (ou date probable).....

L'intéressé est-il autorisé à sortir ? NON OUI

2 En cas de maladie

Quand les premières manifestations sont-elles apparues ?

La maladie actuelle est-elle la suite d'une infirmité ou d'une maladie encourue antérieurement ? NON OUI

Si OUI, laquelle ? Depuis quand ?

L'intéressé a-t-il été soigné par d'autres médecins que vous

- pour l'affection prédisposante ? NON OUI

- pour la maladie actuelle ? NON OUI

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 ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

L'intéressé était-il antérieurement à l'accident atteint d'une infirmité ou d'une affection quelconque ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

A-t-elle une influence sur l'évolution de la lésion ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

Fait à, le

Signature et cachet du médecin,