

Certificat médical

Destiné à Baloise Insurance

REFERENCE DE POLICE

Réf. police
Employeur

PREMIER EXAMEN

Date Heure
Lieu

LE MEDECIN
SOUSSIGNE

Nom et prénom
Qualité
Rue N° Boîte
Code postal Commune Pays

AYANT EXAMINE
LA VICTIME

Nom et prénom
Rue N° Boîte
Code postal Commune Pays

APRES L'ACCIDENT QUI LUI EST SURVENU LE .

IL DECLARE QUE

1. **L'accident a produit les lésions suivantes:**
(Veuillez indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fracture du bras, contusion à la tête ou aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.))

.....
.....
.....

2. **Ces lésions ont eu (auront) pour conséquence:**
(Veuillez indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées: décès, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire)

.....
.....
.....

3. **L'incapacité a commencé (commencera) le:**
(Veuillez constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances)

.....
.....
.....

4. **Le blessé est soigné:**
(Veuillez indiquer le lieu où la victime est soignée)

.....
.....
.....

5. **Remarques particulières:**

.....
.....
.....

Baloise Belgium SA

Siège social

City Link
Posthofbrug 16
2600 Antwerpen
Belgique
Tél.: +32 3 247 21 11

Siège

Rue du Champ de Mars 23
1050 Bruxelles
Belgique
Tél.: +32 2 773 03 11

RPM Antwerpen

TVA BE 0400.048.883
IBAN: BE31 4100 0007 1155
BIC: KREDBEBB

info@baloise.be
www.baloise.be

Fait à _____, le _____
Le médecin (signature)