

ASSURANCE INTERRUPTION D'ACTIVITES

CERTIFICAT MEDICAL



IMPORTANT

Ce document doit être rempli par le médecin traitant à la demande de son malade pour la mise en jeu des garanties. Il doit être retourné sous pli fermé à l'attention du médecin conseil.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____ Prénom _____ né le: _____

Demeurant _____

Quels sont les antécédents médicaux de votre patient : _____

Quel est son traitement habituel : _____

CONCERNANT LA MALADIE EN CAUSE DE L'INTERRUPTION D'ACTIVITES :

Nature de l'affection : _____

Date de la première manifestation : _____

Date à laquelle l'activité a été contre indiquée : _____

Date à laquelle le patient a été informé du diagnostic : _____

Date à laquelle les soins médicaux nécessaires ont été entrepris : _____

Quel traitement a été prescrit : _____

Examens prescrits : _____

Dans le cas d'une grossesse, veuillez indiquer la date présumée du début de celle-ci: _____

Une hospitalisation a été nécessaire du _____ au _____

Un arrêt de travail a été nécessaire du _____ au _____

Le _____

Signature et Cachet du Médecin