



Numéro de police:

CERTIFICAT MEDICAL MALADIE GRAVE

Ce document peut être remis au patient ou être expédié directement sous pli "Confidentiel" à l'attention du médecin conseil, AXA – Healthcare Department, avenue Louise 166 bte 1 à 1050 Bruxelles

Afin de simplifier le traitement de votre dossier, il vous est demandé de ne pas agraffer les différents documents avant envoi.

Si vous avez déjà envoyé un certificat médical concernant ce sinistre, il n'est pas nécessaire de le renvoyer.

A. COORDONNEES

Je, soussigné, Docteur en médecine,
Rue n° boîte n°
Code postal : Localité :
Déclare avoir en traitement :
M./Mme.....,né(e) le
Rue n° boîte n°
Code postal : Localité :

B. NATURE DU SINISTRE

1) Maladie

- o Nature :
- o Date du diagnostic :/...../.....

2) Traitement

- o Liste détaillée des médicaments prescrits pour la maladie concernée :
.....
.....
.....
- o Autres (kiné, ophtalmologue, dermatologue, ...) :
.....
.....
.....

3) En cas des modifications du traitement, veuillez nous mentionner les nouveaux traitements appliqués :

.....
.....

Date:...../...../.....
Signature et cachet du médecin,