



Relation des faits : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  NON  OUI Si OUI, Police de : .....  
le ..... N° P.V. ....

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) : .....  
.....

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ?  NON  OUI  
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse) .....

Auprès de quelle Compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ? .....

Quelles sont les lésions encourues ? .....  
.....

Période d'hospitalisation : .....  
.....

Nom et adresse de l'établissement hospitalier : .....  
.....

Je soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Je déclare avoir pris acte des conséquences légales graves, refus de paiement des garanties assurées, que peut entraîner toute réticence ou fausse déclaration dans le cadre de la déclaration du sinistre (art. 19-21 de la loi sur le Contrat d'Assurance terrestre).

Je m'engage à demander aux tiers (médecins traitants, établissements hospitaliers, organismes d'assurances sociales, autres entreprises d'assurances, autorités, etc...) tous les renseignements au sujet des maladies, accidents, infirmités survenus et à les communiquer au médecin conseil de la compagnie.

Je marque accord sur le fait que Fortis Insurance Belgium traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques.

Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Fortis Insurance Belgium ne communiquera pas ces données à des tiers.

Je marque cependant accord pour que Fortis Insurance Belgium communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à ....., le .....

Signature de l'assuré (majeur) ou de la personne qui le représente légalement.

**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 Fortis Insurance Belgium 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,