CNA Insurance Company Europe LTD

Z.1 reasearchpark 110/pontbeek 63 – 1731 Zellik – Tel.: (02)370 56 22 – Fax : (02) 370 51 29
Company licensed under code n° 472 – Trade Register B312.333
ABN AMRO 720-5204112-74

Déclaration d' accident ou de maladie

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom et adresse	
2. Nom, prénom et adresse de l'assuré + numéro du district	
3. Date et heure de l'accident/premiers symptômes de la maladie	date: heure:
4. Quand avez-vous été appelé auprès de l'assuré?	date: heure:
5. Nature des séquelles	
6. Prévoyez-vous une invalidité permanente? Laquelle et pour quelle raison ?	
7. Avez-vous hormis les séquelles de l'accident constaté une infirmité ou maladie dans le chef de l'assuré ? Lesquelles ?	
8. De quelle façon cette infirmité ou maladie pourrait-elle influencer la guérison?	
9. L'assuré doit-il, selon vous, rester au lit ou garder la chambre? Quelle est la durée ?	
10. L'assuré peut-il partiellement vaquer à ses occupations?	
11. Croyez-vous qu'un séjour en milieu hospitalier soit nécessaire? Pour quelle raison ? Durée probable	
12. Durée probable de l'incapacité	
13. Evolution du degré d'incapacité Durée probable du traitement médical	Du au % Du au % Du au % Du au %
14. Date probable de la guérison	
15. Informations complémentaires	

Fait à le

Cachet et signature du médecin,

Message important: nous demandons expressément au médecin de ne pas laisser les questions ci-dessus sans réponse. Aussi nous leur demandons, si certains renseignements sont confidentiels, de nous les transmettre sous couvert à l'intention de notre médecin-conseil.