



CERTIFICAT MEDICAL ACCIDENT SCOLAIRE ET ACTIVITES SIMILAIRES

B

SINISTRE N°

POLICE N°

Du docteur :
 spécialiste en :
 demeurant à :

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et de l'établissement assuré :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :

VICTIME

Nom et prénom :
 Rue : N° : Boîte :
 Code postal : Commune :

Date de naissance : - -

Date de l'accident : - -
 Date première visite : - -

Lésions constatées :

CESSATION DES ACTIVITES

Résultant des lésions :
 Totale (1) - durée :
 Partielle : Taux - Durée

 Suites présumées :

La victime est soignée :
 Le traitement institué est le suivant :

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont :

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être : utile inutile.
 La radiographie est : nécessaire utile.
 L'hospitalisation : s'impose ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en,

Observations :

Fait à , le (Signature)

INSTRUCTIONS EN CAS D'ACCIDENT

1. Remplir immédiatement le volet A intitulé «DECLARATION D'ACCIDENT».
2. Faire remplir par votre médecin le volet B intitulé «CERTIFICAT MEDICAL».
Le remboursement des frais médicaux s'effectue sur présentation des pièces justificatives et dans les limites prévues au contrat.
3. Adresser la déclaration d'accident (volet A) ainsi que le certificat médical (volet B) et ses annexes éventuelles) à :

cwc@axa.be
4. Si, la guérison est acquise, faire remplir le certificat de guérison (volet C) et l'adresser à la Compagnie.