



CERTIFICAT MÉDICAL MALADIE GRAVE

Assurance santé

Numéro de police :

Numéro de dossier :

Ce document peut être remis au patient ou être expédié directement sous pli "Confidentiel" à l'attention du médecin conseil, AXA – Département Santé, Boulevard du Régent 7 à 1000 Bruxelles.

Afin de simplifier le traitement de votre dossier, merci de ne pas agraffer les différents documents avant envoi.

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

A. COORDONNÉES

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. RAISON MÉDICALE

1) Maladie

o Nature :

o Date du diagnostic :/...../.....

2) Traitement

o Liste détaillée des médicaments prescrits pour la maladie concernée :

.....
.....
.....
.....
.....

CERTIFICAT MÉDICAL MALADIE GRAVE

Assurance santé

Numéro de police :

Numéro de dossier :

○ Autres (kiné, ophtalmologue, dermatologue, ...) :

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....

Date:...../...../.....

Signature et cachet du médecin,