

Attestation médicale à remplir par le médecin traitant

À compléter et à envoyer au médecin-conseil d'AG Insurance (voir page précédente).

Coordonnées de l'assuré :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Données médicales

maladie, date de la première requête :/...../.....

accident, date de l'accident :/...../.....

Diagnostic de la maladie / description des lésions en cas d'accident :

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

Depuis quand traitez-vous le patient ?

Le patient a-t-il été suivi par un autre médecin ?

non

oui par (nom, spécialisation et adresse de votre confrère)

.....

Quand ?/...../.....

Raisons ?

Le patient a-t-il été ou est-il à l'hôpital ?

non

oui, du/...../..... au/...../..... ou pour une durée de

Raison de l'hospitalisation :

Examens effectués et/ou prévus :

Durée prévue du traitement :

Période d'incapacité de travail totale : du/...../..... au/...../.....



AG Insurance se réserve le droit de demander de plus amples informations médicales (rapport d'admission, protocole des examens médicaux...)

Date :/...../.....	Signature :	Cachet du médecin :
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------