

CERTIFICAT MEDICAL

A compléter ENTIEREMENT TOUTES LES PARTIES par le médecin à la demande de l'adhérent

NOM et PRENOM de la personne concernée : -----

Son numéro d'adhérent : -----

MOTIF DE L'HOSPITALISATION OU DES SOINS:

Date de l'hospitalisation : -----

Nature du séjour :-----

Nature de l'affection : -----

Traitement suivi : -----

Date de première radiologie ou examens précisant la première constatation de votre affection ;

Eventuels antécédents et historique de l'affection : -----

L'hospitalisation, est -elle liée à un accident ? ----- / Date de l'accident : -----

Nature et circonstances de l'accident : -----

Constatation des blessures : -----

L'affection a-t-elle nécessité un arrêt de travail ? -----

Date, durée prévue de l'arrêt : -----

Fait le ----- / ----- / ----- et remis à l'adhérent

Pour faire et valoir ce que de droit.

Signature et tampon du médecin

*Ce certificat peut être envoyé sous pli
confidentiel à l'attention du médecin conseil
de la compagnie*