



ATTESTATION MEDICALE

Police n°
N/réf :

BUREAU D'ASSURANCES

COURTAGE GRANDJEAN & CO
RUE DU SABLON 197
6600 BASTOGNE
TEL : 061/21.06.10 FAX : 061/21.50.33
Caroline.antoine@cgc.be

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :
Date de l'accident :

CONSTATATION MEDICALE

A remplir à la première consultation

1. L'accident a causés les lésions suivantes:
.....
.....
.....

2. Entraînant la mort de la victime
 une incapacité partielle du au à %
 une incapacité totale du au à %

3. L'incapacité a pris cours le:

4. Suite probable de l'accident: - invalidité permanente: totale partielle
due à.....
- guérison complète

