



# GRANDJEAN

&Co

## ATTESTATION MEDICALE

Police n° .....

### BUREAU D'ASSURANCES

GRANDJEAN & CO  
RUE DU SABLON 197  
6600 BASTOGNE  
Gestionnaire : DABE EMILIE  
TEL : 061/21.06.17 FAX : 061/21.06.16  
**emilie.dabe@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
5. Durée probable de l'incapacité: .....

