

**A compléter par LE MEDECIN TRAITANT et à remettre à l'assuré
à renvoyer à LIFE SELF EMPLOYED au
life.selfemployed@axa.be**

Contrat d'assurance n°	-
-------------------------------	---

A. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM – PRENOM : Né(e) le

Adresse :

B. NATURE DU SINISTRE :

maladie
 accident
 accouchement
 tentative de suicide

Date du 1er jour d'hospitalisation :

Date du dernier jour d'hospitalisation :

Nature de l'affection ou du traumatisme :

Une intervention chirurgicale est-elle prévue ? oui non

Nature :

Code(s) INAMI :

C. RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC LE SINISTRE

Depuis quand connaissez-vous l'intéressé ?

Depuis quelle date le soignez-vous pour cette affection ou accident ?

Date à laquelle sont apparues les 1ères manifestations :

Date du diagnostic et lequel ?

L'assuré était-il antérieurement atteint d'une infirmité, d'une maladie quelconque ou d'un trouble métabolique ou y avait-il un abus d'alcool qui aurait pu :

- prédisposer à la maladie ou l'accident actuel ? oui non

Si oui, précisez :

- avoir une influence quant à leur évolution ? oui non

Si oui, précisez :

L'intéressé a-t-il été soigné par d'autres médecins que vous : -pour l'affection prédisposante ? oui non

Nom & adresse :

: -pour l'affection actuelle ? oui non

Nom & adresse :

Fait àle.....

Cachet

Signature,