

**CERTIFICAT MEDICAL (Accident)**

*A renvoyer complété par le*

*médecin-traitant au*

[life.selfemployed@axa.be](mailto:life.selfemployed@axa.be)

Page 1 / 2

Nom et prénom: .....	né(e) le: .....
Adresse: .....	
N° dossier: .....	

Nature de l'accident :                    D travail                    D vie privée                    D circulation  
Date et heure: .....

Quelle est la nature des lésions encourues lors de l'accident? .....

.....

.....

Des examens spéciaux ont-été pratiqués? ..... D oui D non

- Si oui :    - lesquels? .....

                  - quand? .....

                  - par qui? .....

                  - quels en ont été les résultats? .....

---

Pour votre facilité, veuillez joindre les protocoles, en communication, au présent certificat.

Quel a été, jusqu'à présent, l'évolution de l'état de santé? .....

.....

.....

.....

Quels sont les **TAUX D'INVALIDITE PHYSIOLOGIQUE** admissibles (BOBI):

de la date de l'accident à ce jour? .....

pour l'avenir? .....

---

L'accident a-t-il entraîné une limitation ou un arrêt des activités professionnelles? ..... D oui D non

Si oui : - pendant quelles périodes? .....

                  - dans quelles proportions? .....

L'assuré a-t-il dû garder la chambre? ..... D oui D non

Si oui : - pendant quelles périodes? .....

L'assuré a-t-il dû être hospitalisé? ..... D oui D non

Si oui : - pendant quelles périodes? .....

                  - où? .....

Quels sont les **TAUX ET DUREES DE PERTE DE CAPACITE DE TRAVAIL**

(Que l'on pourrait qualifier d'incapacité économique par opposition à l'invalidité physiologique évoquée au point 1)

- de la survenance de l'accident à ce jour? .....

- pour l'avenir? .....

**CERTIFICAT MEDICAL (Accident)**

**A renvoyer complété par le  
médecin-traitant au  
[life.selfemployed@axa.be](mailto:life.selfemployed@axa.be)**

Page 2 / 2

Le mode de vie de la victime, ses occupations, ses habitudes alimentaires (alcoolisme, ...), certaines manies (usage de stupéfiants, ...) ont-ils favorisé ou provoqué l'accident? ..... D oui D non

L'accident résulte-t-il d'un fait intentionnel de la victime? ..... D oui D non  
- Ce geste était-il justifié par ses préoccupations (familiales, morales, financières ou autres) ou a-t-il été posé dans le décours d'une affection mentale bien caractérisée et laquelle?

.....  
.....  
.....

L'accident a-t-il fait l'objet d'une enquête judiciaire? ..... D oui D non  
- Quelles en ont été les conclusions? .....

---

---

La victime a-t-elle souffert, avant son accident, d'affections graves, a-t-elle été victime d'accidents ou subi des interventions chirurgicales, de nature à aggraver les conséquences de son accident? ..... D oui D non

Si oui - lesquelles? .....  
- quand? .....

La victime jouit-elle déjà d'une pension d'invalidité? ..... D oui D non

Si oui - à quel titre? .....  
- à charge de quel organisme? .....  
- si possible en préciser la nature et le taux? .....

---

---

Fait à ..... le .....  
Signature