

CERTIFICAT MEDICAL (Maladie)

*A renvoyer complété par le
médecin-traitant au
life.selfemployed@axa.be*

Nom et prénom :	né(e) le
Adresse:	
Dossier n° :	

Quelle est la nature de l'affection qui frappe le malade et pour laquelle il introduit une déclaration d'invalidité ?
(préciser les origines directes ou indirectes).

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

A quelle date la nature de l'affection a-t-elle été reconnue pour la première fois ?

.....

Traitements : - déjà suivis ?

.....
- envisagés pour l'avenir ?

Quelle a été jusqu'à présent l'évolution de la maladie ?

.....
.....

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

- de la survenance de l'affection à ce jour ?

- pour l'avenir ?

Des examens spéciaux ont-ils été pratiqués dans le décours de la présente maladie ? oui 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.

Le malade a-t-il dû cesser ou restreindre ses activités professionnelles ? oui non

- Si oui : - pendant quelles périodes ?

- dans quelles proportions ?

CERTIFICAT MEDICAL (Maladie)

*A renvoyer complété par le
médecin-traitant au
life.selfemployed@axa.be*

Page 2/2

Le malade a-t-il dû garder la chambre ? oui non

- Si oui : - pendant quelles périodes ?

Le malade a-t-il dû être hospitalisé ? oui 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 point1):

- de la survenance de l'affection à ce jour ?

- pour l'avenir ?

Avez-vous traité le malade dès le début de sa maladie ? oui non

- Si non : - depuis quand lui donnez-vous vos soins ?

- quels sont les autres médecins (nom et adresse s.v.p.) qui l'ont traité avant vous ?

.....

.....

.....

- quand ?

Avez-vous eu l'occasion de traiter le malade avant la présente maladie ? oui non

- Si oui : - depuis quand ?

- pour quelles affections de caractère non bénin ?

(le cas échéant préciser celles qui ont pu entraîner la maladie actuellement en cause)

.....

.....

Le malade a-t-il souffert d'affections graves non traitées par vous, a-t-il été victime d'accidents ou subi des interventions chirurgicales de nature à aggraver les conséquences de sa maladie ?

..... oui non

- Si oui : - quand ?

- lesquels ?

Fait à le

Cachet

Signature