

Certificat médical

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

A remplir par **LE MEDECIN**
(Merci de répondre avec précision à toutes les questions posées ci-dessous)

Souscripteur à l'assurance et destinataire du formulaire*
Guides Catholiques de Belgique – ASBL
Rue Paul-Emile Janson, 35
1050 Bruxelles
Tél. : 02/538.40.70

La victime

N° de membre : GCB*

Nom :

Avis aux préjudiciés : Si cet accident vous a occasionné des frais, veuillez faire compléter le certificat médical par le médecin qui a examiné le blessé et y joindre également complétée l'annexe Relevé des débours.

Jour, heure et endroit du premier examen : Date de l'accident :

Diagnostic très complet de l'affection (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes). Signes objectifs :

Symptômes subjectifs accusés par le blessé :

Date et origine des lésions d'après le blessé :

Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables : a) l'origine signalée par le blessé ; b) la date indiquée par lui ? Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?

Le blessé peut-il continuer ses occupations totalement ou partiellement ? Sinon, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations ?

Prévision : **A.** Guérison complète ; **B.** Incapacité permanente totale ou partielle ; **C.** Mort :

N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :

Des soins constants sont-ils donnés ? Où et par qui ?

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc.) et pourquoi ?

Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?

Observations particulières :

Fait à, le/...../20..... Signature (qualité) :

Nom et adresse ou cachet du médecin :

* Ce numéro se trouve sur la fiche du membre on-line, il commence par « GCB ». Il se trouve également sur le listing des membres que tu peux imprimer.

Pour les parents

Relevé des débours

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

A remplir par **L'ASSURE/SSES PARENTS**
(Merci de répondre avec précision à toutes les questions posées ci-dessous)

Souscripteur à l'assurance
Guides Catholiques de Belgique – ASBL
Rue Paul-Emile Janson, 35
1050 Bruxelles
Tél. : 02/538.40.70

Destinataire du formulaire
C.I. Assurances – Département Assurances
Rue du Commerce, 72
1040 Bruxelles
Tél. : 02/509.97.75

Date de l'accident :/...../20..... Référence du sinistre :

Nom et prénom de la victime :

Avis aux parents ou aux animateurs : La Compagnie d'assurances se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser d'intervenir dans un sinistre. De toute façon, il est obligatoire pour qu'une intervention soit envisagée que vous nous adressiez le présent formulaire dûment complété et signé, en vous conformant scrupuleusement aux formalités définies ci-après :

- vous réglez vous-mêmes les notes de frais qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien ;
- vous soumettez ces notes à la mutuelle et vous lui demandez de remplir la partie (1) du présent document qui la concerne ;
- si vous n'avez pas de mutuelle ou si celle-ci refuse d'intervenir, vous complétez uniquement la partie (2) du présent document ;
- pour les frais repris à la partie (2), il est nécessaire de joindre les pièces justificatives originales (pas de photocopies).

Partie réservée à C.I. Assurances

Total 1 :
Total 2 :
Total 3 :

Date :

Gestionnaire :

ATTESTATION D'INTERVENTION MUTUELLE – Volet à remplir par la mutuelle (1)						FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUELLE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION (2)		
Mutuelle + adresse : Date de l'accident : Nom et prénom de l'affilié : Nom et prénom de l'accidenté : Le soussigné (nom et prénom) : déclare que la mutuelle précitée qu'il représente est intervenue dans les frais causés par l'accident susdit à concurrence du montant indiqué ci-dessous :						Volet à compléter par le titulaire qui doit aussi agrafer les pièces justificatives originales au présent relevé.		
Nom du prestataire de soins (méd./clinique)	N° de la prestation ou facture	Date de prestation ou facture	Montant réel des frais	Montant de l'intervention de la mutuelle	Différence à charge de l'affilié	Nature des frais (ex. pharmaceutique)	Date	Montant à charge
.....
.....
.....
.....
.....
.....
		Total (a)	Total	 (b)
N° d'affiliation : Signature du délégué et cachet de la mutuelle :			Qualité : Assuré obligatoire – libre – indépendant – Gros risques (barrer les mentions inutiles) Le/...../20.....			Total général (a) + (b) :€ Je prie la Compagnie d'assurances de régler son intervention dans le montant du total général précité par versement à mon compte bancaire n° (format IBAN) : Ouvert au nom de : Le :/...../20..... Signature :		

Donnez-nous la raison du refus d'intervention de la mutuelle :