

Questionnaire médical

Incapacité de travail - Invalidité



CONFIDENTIEL

Numéro de contrat :

Référence du dossier :

A compléter par le médecin traitant ou par le médecin de famille.

Nom et prénom de l'assuré(e) :

Date de naissance :

Code postal : Localité :

Grossesse ou accouchement

Raison de l'incapacité de travail:

☐ Grossesse, date probable de l'accouchement :

☐ Accouchement, qui a eu lieu en date du :

Date de début du congé de maternité :

Maladie ou accident

Date de début des premiers symptômes :

Date de l'accident :

Diagnostic de la maladie / description des lésions (nature, latéralité et importance)

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

Date du diagnostic :

Depuis quelle date soignez-vous la personne pour cette maladie ou cet accident ?

La personne assurée a-t-elle été ou est-elle soignée par un autre médecin ?

☐ Oui, à la date du / depuis :

☐ Non

Nom, spécialité et adresse de ce médecin :

La personne assurée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert d'une autre maladie ?

☐ Oui, de la maladie suivante :

Quelle en est l'influence sur la maladie ou sur les lésions actuelles ?

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

☐ Non

Si la personne assurée a été hospitalisée

Nom et adresse de l'hôpital :

Début de l'hospitalisation : jusqu'au

Ou durée prévue :

La personne assurée a-t-elle subi ou devra-t-elle subir une intervention chirurgicale ?

☐ Oui, l'intervention ou interventions chirurgicale[s] suivante[s] :

.....
Date [ou date probable] de l'intervention [ou des interventions] :

☐ Non

Examens et traitements [examens techniques et/ou analyses ou autres rapports médicaux]

Examens et traitements réalisés ou à réaliser :

Evolution probable :

Périod[e]s d'incapacité de travail ou d'invalidité temporaire

Du au Degré : %

Du au Degré : %

Date estimée de reprise du travail:

Invalidité permanente

Date de début : Degré : %

Date de consolidation:

Fait à le

Signature et cachet du médecin

Ce questionnaire médical doit être envoyé, accompagné de la DÉCLARATION, au médecin-conseil de
AG Insurance par courrier 1JP5E, Bd E. Jacqmain 53 à 1000 Bruxelles où par mail claims.life.broker@aginsurance.be.

