

Incapacité de travail – Invalidité

Questionnaire médical

CONFIDENTIEL



Numéro de contrat de l'assurance :

Référence du dossier (facultatif) :

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

Nom et prénom de la personne assurée :

Date de naissance : / /

Code postal et localité :

Grossesse ou accouchement

Raison de l'incapacité de travail :

En cas de grossesse, date probable de l'accouchement : / / 20.....

En cas d'accouchement, celui-ci a eu lieu en date du : / / 20.....

Date de début du congé de maternité : / / 20.....

Maladie ou accident

Date de début des premiers symptômes : / / 20.....

Date de l'accident : / / 20.....

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

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

Date du diagnostic : / / 20.....

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

..... / / 20.....

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

Si oui, depuis quand ? / / 20.....

Nom, spécialité et adresse de ce médecin :
.....
.....

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

Si oui, laquelle ?

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

Si la personne assurée a été hospitalisée, indiquez le nom de l'hôpital :

.....
Début de l'hospitalisation : / /20..... jusqu'au / /20.....

ou période prévue :

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

Si oui, nature de l'intervention [ou des interventions] :

Date [ou date probable] de l'intervention [ou des interventions] : / /20.....

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

Examens et traitements réalisés ou à réaliser :

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

Evolution probable :

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

Périodes d'incapacité de travail ou d'invalidité temporaire

Du / /20..... au / /20..... Degré : %

Du / /20..... au / /20..... Degré : %

Date prévue de reprise du travail : / /20.....

Invalidité permanente

Date de début : / /20..... Degré : %

Date de consolidation : / /20.....

Fait à le / /20.....

Signature et cachet du médecin :

Envoyez ce questionnaire médical avec la déclaration complétée :

- ▶ soit par courrier postal à AG Insurance, à l'attention du médecin-conseil,
Claims / 1JQ3A, Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles
- ▶ soit par e-mail à claims@aginsurance.be