

# Certificat Médical de premier constat

(à compléter par le médecin et à envoyer dans un délai raisonnable au destinataire)

<b>Nom et Prénom de la victime :</b>	Référence sinistre :
<b>Date de l'accident :</b>	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

Jour, heure et endroit du premier examen	
DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	
Date et origine des lésions d'après le blessé	
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	
PRONOSTIC : A- Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès	
N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :	
Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste 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...

Nom et adresse et cachet du médecin + Signature du médecin

#### GESTION DES DONNEES PERSONNELLES :

Soucieux de respecter la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles et sensibles, ADESIO Assurances asbl, s'engage à protéger vos droits en la matière. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter notre site internet : [WWW.ADESIO.BE](http://WWW.ADESIO.BE)



Destinataire :  
DOCUMENT A RENVOYER COMPLETE ET SIGNE  
à **ADESIO Assurances ASBL**  
Chaussée de Marche 604 - 5101 Erpent -Tél. **078/150 154**  
[sinistre@adesio.be](mailto:sinistre@adesio.be) - [www.adesio.be](http://www.adesio.be)