



ATTESTATION MEDICALE

Police n°
N/réf :

BUREAU D'ASSURANCES

GROUPASSUR BRUXELLES
Rue de l'Automne 59 - B-1050
Bruxelles
Tél. : 02 640 77 85
Fax : 02 645 16 85

GROUPASSUR LIEGE
Bld de la Sauvenière 128 - B-4000
Liège
Tél. : 04 221 40 36
Fax : 04 221 40 21

GROUPASSUR VERVIERS
Rue de Franchimont 1 - B-4802
Verviers
Tél. : 087 29 28 80
Fax : 087 29 28 87

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et Commune :
Date de l'accident :

CONSTATATION MEDICALE

A remplir à la première consultation

1. L'accident a causés les lésions suivantes:
.....
.....
.....

2. Entraînant la mort de la victime
 une incapacité partielle du au à %
 une incapacité totale du au à %

3. L'incapacité a pris cours le:

4. Suite probable de l'accident: - invalidité permanente: totale partielle
due à.....
- guérison complète

