

Attestation médicale confidentielle

Lorsque le médecin traitant aura complété et signé la présente déclaration, l'assuré devra la faire parvenir le plus rapidement possible (dans les délais fixés dans les conditions générales). Ce document peut être envoyé par mail à customercare@nn.be (NN Insurance Belgium SA - Customer Care, à l'attention du médecin conseil).

1. Données personnelles de l'assuré

Nom et prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Numéro groupe / police :

2. Informations relatives à l'incapacité de travail

2.1. Généralités

Nature de l'incapacité de travail : maladie accident grossesse

Degré d'incapacité :

Incapacité économique	Incapacité physiologique
<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>
<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>
<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/> % du <input type="text"/> au <input type="text"/>

Reprise de travail : depuis le
 prévue le

Le patient souffre t'il ou a-t-il souffert d'une affection, d'une infirmité ou des suites d'un accident qui ont pu contribuer directement ou indirectement à la situation actuelle et/ou qui pourraient en retarder la guérison ?

Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

En fonction de la raison de l'incapacité de travail, veuillez compléter ci-dessous 2.2, 2.3 ou 2.4.

2.2. Incapacité de travail due à une maladie

Diagnostic (précis et complet) :

Date de première apparition des symptômes :

Le patient est-il suivi par un autre médecin ? Oui Non

Si oui, veuillez mentionner le nom du médecin et sa spécialisation :

2.3. Incapacité de travail due à un accident

Nature de l'accident : de la vie privée de travail de sport de circulation

Date de l'accident :

Description des lésions :

2.4. Incapacité de travail due à une grossesse

Date (probable) d'accouchement :

Y a-t-il des complications? Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

3. Type de traitement

Hospitalisation ? Oui Non

Si oui, du au

Interventions chirurgicales ? Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

Date :

Traitement et/ou examen ? Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

Date :

4. Date & signature

Nom du médecin

Date

Signature et cachet du médecin

Avertissement pour le médecin:

Nous traitons les informations recueillies sur ce document de manière strictement confidentielle et selon les règles de la déontologie médicale relatives au respect du secret professionnel. Chaque fois que vous avez répondu « oui » à une question nous vous remercions de nous communiquer avec précision les détails demandés (les dates et les commentaires). En complétant le présent document, vous déclarez que les informations que vous communiquez, en tant que médecin traitant de l'assuré(e), sont exactes et complètes afin de permettre l'appréciation du risque par l'assureur.

NN Insurance Belgium SA, prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA et entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26.

Siège social : Avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220.