

## Docteur Bernard COLLIN

Spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale

Médecin de recours - Défense des victimes

Tél. : 010 81 39 69 - [secretariat@expertmedical.be](mailto:secretariat@expertmedical.be)



### FORMULAIRE MEDICO-SOCIAL RECOURS

A compléter en imprimé avant la première consultation

Secret médical (destiné au dossier médico-légal confidentiel)

**Ce document est à renvoyer à l'expert ,**

**à l'adresse,**

**Avenue Fernand Charlot, 5 , 1370 JODOIGNE**

**ou par mail à l'adresse :**

**[secretariat@expertmedical.be](mailto:secretariat@expertmedical.be)**

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Date de Naissance** : ..... **Nationalité** : .....

**Mail** : ..... **Fax** : ...../.....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : ..... **GSM** : .....

**Etat Civil** : marié/ célibataire/ divorcé/ veuf/ isolé/ cohabitant : .....

**Années de naissance des enfants** : ..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....

**Date du sinistre** : .... /...../20 **Lieu du sinistre** : .....

Conducteur / Passager avant / Passager arrière D-G / Piéton / Motard / Cycliste.

**En Incapacité de travail depuis le** .... /...../20..... **Reprise du travail depuis le** .... /...../20..

**Hospitalisé du** .... /...../20.... **au**..... /...../20..... **Hôpital** : .....

## Docteur Bernard COLLIN

Spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale  
Médecin de recours - Défense des victimes  
Tél. : 010 81 39 69 - secretariat@expertmedical.be



**Coordonnées de votre Compagnie Protection Juridique (PJ) :** .....

**Référence dossier PJ :** ..... **Gestionnaire de dossier :** .....

**Mail :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ...../..... **Fax :** ...../.....

**Nom de votre courtier d'assurance :** .....

**Mail :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ...../..... **Fax :** ...../.....

**Nom de votre Médecin traitant :** .....

**Mail :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ...../..... **Fax :** ...../.....

**Nom de votre Avocat :** .....

**Mail :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ...../..... **Fax :** ...../.....

**Scolarité :** .....

**Diplômes :** .....

**obtenu le :** ...../...../.....

**Diplômes :** .....

**obtenu le :** ...../...../.....

## Docteur Bernard COLLIN

Spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale  
Médecin de recours - Défense des victimes  
Tél. : 010 81 39 69 - secretariat@expertmedical.be



Diplômes : ..... obtenu le :.../.../.....  
Diplômes : ..... obtenu le :.../.../.....  
Diplômes : ..... obtenu le :.../.../.....

Formations complémentaires : ..... obtenu le :... /.../.....

Langue maternelle parlée : ..... Autres langues parlées :.....

### Expériences professionnelles :

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Métiers exercés : ..... du : .../.../.... au : .../.../....

Au chômage depuis le : ...../...../.....

### Maladies présentées auparavant :

-Hypertension : Non – Oui depuis le..... Dépression : Non - Oui depuis le :.....

-Diabète : Non - Oui depuis le...../...../.....

-Maladie chronique : Non – Oui :..... Depuis le.../.../.....

-Maladie des poumons : Non - Oui :..... Depuis le.../.../.....

- Maladie cardiaque : Non – Oui :..... Depuis le.../.../.....

-Tabac : Jamais - Oui, depuis le .../.../....., Stop depuis le ...../...../.....

-Cancer :.....

-Autres Maladies :.....

.....

## Docteur Bernard COLLIN

Spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale  
Médecin de recours - Défense des victimes  
Tél. : 010 81 39 69 - secretariat@expertmedical.be



### Opérations Chirurgicales antérieures :

Date : ..... Date : .....  
..... Date : .....

### Statut médico-social :

A charge de la mutuelle depuis le...../...../.....Invalide depuis le ...../...../.....à.....%.

Accident de travail avant le sinistre : .....  
.....survenu le ...../...../.....Taux d'incapacité permanent : .....%.

Autre accident avant le sinistre (ex. fracture).....  
..... survenu le ...../...../.....Taux d'incapacité permanent : .....%.

Fond des maladies Professionnelles: depuis le :.../.../.... Taux d'incapacité permanent:.....%

Reconnu Handicapé depuis le ...../...../.....à plus de 66%.....autre % : .....%.....

### Maladie familiale : (Parents-Frères-Sœurs-Enfants)

<u>-Diabète</u> : .....	<u>Hypertension</u> : .....
<u>-Thyroïde</u> : .....	<u>Maladie cardiaque</u> : .....
<u>-Cancers</u> : .....	<u>Dépression</u> : .....
<u>-Autre</u> : .....	

### Activités complémentaires :

-Emplois accessoires : .....Cours du soir : .....

-Hobby : .....

-Sport :                    amateur-compétition;                    inscription club:                    fréquence :../ sem

## Docteur Bernard COLLIN

Spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale

Médecin de recours - Défense des victimes

Tél. : 010 81 39 69 - [secretariat@expertmedical.be](mailto:secretariat@expertmedical.be)



<b>-Sport :</b>	amateur-compétition;	inscription club:	fréquence :../ sem
-----------------	----------------------	-------------------	--------------------

**Date :**

**Signature :**