

**DEMANDE D'OBTENTION D'INDEMNITE  
RETRAIT DU CERTIFICAT DE SELECTION MEDICALE  
ACCIDENT DANS LA VIE PRIVEE**

L'assuré Nom, prénoms : Adresse :  Date de naissance :	..... ..... ..... .....
Employeur : Adresse :  N° ONSS	..... ..... ..... 085 - ..... - .....
<b>A) Retrait du certificat :</b> - date du premier examen de sélection médicale : - date du retrait du certificat de sélection médicale :	..... .....
<b>B) Accident dans la vie privée :</b> - date de l'accident : - lieu de l'accident :	..... .....
L'assuré a-t-il droit à des indemnités en vertu de la législation sur les accidents de travail :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'accident s'est-il produit durant la vie privée :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Que faisait l'assuré au moment de l'accident : L'assuré conduisait-il un véhicule :	..... Si oui, lequel .....
Un procès verbal a-t-il été dressé :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Quel organisme est autorisé à recevoir le paiement des indemnités :	..... .....

Date et signature de l'assuré .....

**P.S. :**

1. Ces documents doivent être complétés et signés et transmis aux AP Assurances – "Schade L.O." - Karel Rogierplein 11 à 1210 Bruxelles, au plus tard 5 jours avant l'expiration du délai d'appel, sous peine de déchéance.
2. L'annexe doit être complétée par le médecin
3. Le talon ci-dessous doit être obligatoirement signé

Le soussigné,.....  
domicilié à .....  
.....  
désire interjeter appel à la décision du retrait du certificat de sélection médicale

Médecin conseil désigné (ne pas compléter) : .....

**Signature**

**ATTESTATION MEDICALE  
PERTE DE SELECTION MEDICALE  
ACCIDENT DANS LA VIE PRIVEE**

Le docteur : .....  
domicilié à : .....  
.....

concernant l'état de : Nom, prénoms .....

---

**1. EN CAS D'ACCIDENT (description précise) :**

- ⇒ nature des lésions :  
.....  
.....  
.....
- ⇒ séquelles de l'accident :  
.....  
.....  
.....

**2. EN CAS D'INCAPACITE CONSECUTIVE A UN EXAMEN DE SELECTION MEDICALE (inaptitude)**

- ⇒ avis à propos de la décision du Ministère de la Santé Publique :  
.....  
.....
- ⇒ estimez-vous que la révision soit possible ou souhaitable?  
 OUI  
 NON

L'assuré était-il atteint de lésions ou de maladies ayant aggravé l'accident ou précipité la décision d'inaptitude :

- OUI, lesquelles .....  
.....
- NON

des examens complémentaires sont-ils nécessaires :

- OUI
- NON

Certifié sincères,

Fait à ....., le .....

Signature du médecin