

CERTIFICAT MEDICAL

Numéro du contrat

Numéro du sinistre :

⁽¹⁾ Nom, prénoms, qualité, adresse médecin

Je soussigné⁽¹⁾

⁽²⁾ Nom, prénoms, adresse de la victime.

ayant examiné⁽²⁾

après l'accident qui lui est survenu le
au service de

Il/elle déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes⁽³⁾ :

⁽³⁾ indiquer : le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).

⁽⁴⁾ Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire

2. que ces lésions ont eu [auront] pour conséquences⁽⁴⁾

- Décès
- Incapacité permanente totale ou partielle
- Incapacité temporaire totale ou partielle

Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle

⁽⁵⁾ Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions même, sans tenir compte de toutes autres circonstances

3. (que l'incapacité a commencé (commencera) le⁽⁵⁾ :

- Que la victime est en incapacité totale de travail du au
- Que la victime peut continuer à exercer sa fonction actuelle
- Qu'un travail adapté est possible. Limitations de la victime :⁽⁵⁾

⁽⁶⁾ Indiquer le lieu où la victime est soignée

4. que le blessé est soigné⁽⁶⁾ :

Fait à

le

Le médecin, [signature]