

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

⁽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.).

Il/elle déclare :

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

⁽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)