

Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Exemplaire compagnie d'assurances

Employeur :

Contrat n° :

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je soussigné (1)

(1) Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

ayant examiné (2)

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

après l'accident qui lui est survenu le

Déclare :

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

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

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) :

(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.

3. que la durée du chômage est approximativement fixée à (*):

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

(5) Le médecin doit déterminer si l'incapacité résulte des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible/n'est pas possible. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

6. que le blessé est soigné (6) :.....

(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

Fait à, le

Le médecin,
(Signature)

(*) N.B. - Si la reprise du travail n'est pas possible après cette période, il y a lieu d'adresser **immédiatement** à la compagnie un certificat de prolongation de l'incapacité temporaire.

■ Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Exemplaire médecin traitant

Employeur :

Contrat n° :

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je soussigné (1)

(1) Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

ayant examiné (2)

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

après l'accident qui lui est survenu le

Déclare :

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

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

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) :

(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.

3. que la durée du chômage est approximativement fixée à (*):

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

(5) Le médecin doit déterminer si l'incapacité résulte des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible/n'est pas possible. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

6. que le blessé est soigné (6) :.....

(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

Fait à, le

Le médecin,
(Signature)

(*) N.B. - Si la reprise du travail n'est pas possible après cette période, il y a lieu d'adresser **immédiatement** à la compagnie un certificat de prolongation de l'incapacité temporaire.

Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Contrat N° : Sinistre n° :

Nom et prénom du blessé :

Adresse :

Profession : Date de naissance :

Nom et adresse de l'entreprise :

Date de l'accident :

Certificat	Note d'honoraires
prolongation (*) reprise (*) consolidation (*) guérison (*)	
L'incapacité totale se prolonge du au inclus. La reprise du travail est fixée au L'incapacité a été totale du au inclus et partielle (..... %) du au inclus.	Détail suivant le barème légal : art..... : EUR art..... : EUR art..... : EUR art..... : EUR <hr/> Montant imposable (a) : EUR
L'accident a/n'a pas (*) entraîné une incapacité permanente.	Produits pharmaceutiques fournis : EUR : EUR : EUR : EUR <hr/> Montant non imposable (b) : EUR
Conséquences de l'accident :	Total à payer (a + b) : EUR <hr/> A virer sur le compte n°
(*) Biffer la mention inutile.	

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Le.....

Signature du médecin :