



ACCIDENTS DU TRAVAIL

A envoyer d'urgence à la Compagnie

Employeur :

Sinistre n° :

Police n° :

Numéro DRS :

(à mentionner lorsque la déclaration s'est faite via le guichet électronique)

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné (1)

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

ayant examiné (2)

après l'accident qui lui est survenu le

(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...).

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 conséquence (4) :

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

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

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

4. que le blessé est soigné (6) :

Cachet du médecin

Fait à, *le*

Le médecin,
(Signature)