

Preneur d'assurance

Numéro de police :

CERTIFICAT MEDICAL (à compléter par le médecin traitant)

Du Docteur domicilié à.....

Sur l'état de(victime), blessé le

1. Nature des lésions. Description détaillée des lésions (et évolution) depuis l'accident.	
--	--

2. La victime était-elle atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---	---

	Lesquelles?	
--	-------------	--

3. a) Y a-t'il eu consultation d'un spécialiste?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel?	
--	---	---------	--

b) La victime est-elle hospitalisée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Depuis quand?/...../.....
-------------------------------------	---	---------------	-------------------

4. Indiquer si la victime est	<input type="checkbox"/> est en incapacité complète de travail <input type="checkbox"/> autorisée à continuer le travail <input type="checkbox"/> autorisée partiellement à continuer le travail.
-------------------------------	---

Quand l'incapacité de travailler a commencé?/...../.....
--	-------------------

La durée probable de cette incapacité (le plus précis possible) ?	
---	--

Des suites graves sont-elles à craindre? P.ex. La mort ou une incapacité permanente,...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---	---

En quoi consisteraient-elles?	
-------------------------------	--

5. Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin?/...../.....
---	-------------------

	Lequel?	
--	---------	--

Fait à

Le/...../.....

Signature du médecin (cachet)