



Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Exemplaire compagnie d'assurances

Employeur :

Contrat n° :

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je soussigné^[1],

ayant examiné^[2]

après l'accident qui lui est survenu le / /

Déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes^[3] :

.....
.....
.....

2. que ces lésions ont eu [auront] pour conséquence^[4] :

.....
.....
.....

3. que la durée du chômage est approximativement fixée à^[*] :

4. que l'incapacité a commencé [commencera] le^[5] : / /

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible : oui non. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

.....
.....

6. que le blessé est soigné^[6] :

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.

[1] Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

[2] Nom, prénom, adresse de la victime.

[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.].

[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.

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

[6] Indiquer : le lieu où la victime est soignée.





Certificat médical

Accidents corporels - Accidents de travail

Exemplaire médecin traitant

Employeur :

Contrat n° :

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je soussigné^[1],

ayant examiné^[2]

après l'accident qui lui est survenu le / /

Déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes^[3] :

.....
.....
.....

2. que ces lésions ont eu [auront] pour conséquence^[4] :

.....
.....
.....

3. que la durée du chômage est approximativement fixée à^[*] :

4. que l'incapacité a commencé [commencera] le^[5] : / /

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible : oui non. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

.....
.....

6. que le blessé est soigné^[6] :

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.

[1] Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

[2] Nom, prénom, adresse de la victime.

[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.].

[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.

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

[6] Indiquer : le lieu où la victime est soignée.





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

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.

L'accident a n'a pas entraîné une incapacité permanente

Conséquences de l'accident :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse ou cachet du médecin :

.....
.....

Le : / /

Signature du médecin :

Note d'honoraires

Détail suivant le barème légal :

art. : EUR

art. : EUR

art. : EUR

art. : EUR

Montant imposable [a] : EUR

Produits pharmaceutiques fournis

..... : EUR

..... : EUR

..... : EUR

..... : EUR

Montant non imposable [b] : EUR

Total à payer [a + b] : EUR

A virer sur le compte n° :

.....
.....

Le : / /

Signature du médecin :

