

ASSURANCE MEMBRE
CERTIFICAT MEDICAL



C-11/1519.081/00-B

(à compléter en cas de dommage corporel et à transmettre à votre secrétariat régional en même temps que la déclaration d'accident)

MM. les Médecins sont aimablement priés de ne laisser sans réponse aucune des questions posées.

N.B. : La Compagnie règle le montant qui couvre les frais médicaux et pharmaceutiques, directement à l'assuré, en fonction des conditions de la police,

Le docteur soussigné domicilié à ayant examiné M. après l'accident qui lui est survenu le à déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (caractéristiques des lésions, siège, étendue, diagnostic) :
.....
.....
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences :
 une incapacité totale de jours une incapacité partielle de jours %
3. date de la première intervention médicale :
4. date du début de l'incapacité :
5. date prévue pour la guérison :
6. que le blessé est soigné : à l'hôpital à son domicile à sa consultation

Une infirmité permanente est-elle à craindre ? oui non

En quoi consiste-t-elle ?
.....

Avez-vous constaté chez le blessé, à part la lésion, une maladie ou une infirmité quelconque ?

oui non

Si oui, laquelle ?
.....

Dans l'affirmative, quelle influence peut-elle avoir sur la marche de la guérison ?
.....
.....

Fait à le

Signature :

