

D**Certificat médical initial**

(À faire remplir par le premier médecin qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé, le (date) J'ai constaté :

• Siège et nature de la blessure.
.....
.....

• Conséquences probables de l'accident :
– les blessures entraînent-elles une incapacité de travail
(ou une interruption de l'activité) ? oui non
– si oui, durée probable de la période d'incapacité
ou d'interruption :
– durée probable des soins :
– durée d'hospitalisation prévue :
– probabilité d'une incapacité permanente oui non

Nom et adresse du médecin
(si possible cachet)

À, le

Signature

E**Autres dommages subis par l'assuré (matériels)**

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

F**Tiers**

Auteur Victime

Nom Prénom Profession

Adresse

Assureur : Compagnie Police n° Agence

• Propriétaire ou conducteur d'un véhicule à moteur
Marque Type Immatriculation

• Cycliste Piéton Propriétaire d'animal Lequel ?

• Autre cas Lequel ?

G**Dommages éventuellement subis par le tiers**

Dommages matériels

Dommages corporels

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

H**Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)**

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

À le

Qualité du signataire

Signature