

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