

(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 :

Cachet