



## Certificat médical

### Accidents corporels - Accidents de travail

Exemplaire compagnie d'assurances

Employeur : .....

Contrat n° : .....

Jour, heure et lieu du premier examen : .....

Je soussigné<sup>(1)</sup>,

ayant examiné<sup>(2)</sup> .....

après l'accident qui lui est survenu le ..... / ..... / .....

Déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes<sup>(3)</sup> :

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

2. que ces lésions ont eu [auront] pour conséquence<sup>(4)</sup> :

- décès
- incapacité permanente totale ou partielle
- incapacité temporaire totale ou partielle

durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle : .....

3. que l'incapacité a commencé [commencera] le<sup>(5)</sup> :

- que la victime est en incapacité **totale** de travail du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- que la victime peut continuer à exercer sa fonction **actuelle**
- qu'un **emploi adapté est possible**. Limitations de la victime :  
.....  
.....

4. que le blessé est soigné<sup>(6)</sup> : .....

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Le médecin, [Signature] :

[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<sup>(1)</sup>,

ayant examiné<sup>(2)</sup> .....

après l'accident qui lui est survenu le ..... / ..... / .....

Déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes<sup>(3)</sup> :

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

2. que ces lésions ont eu [auront] pour conséquence<sup>(4)</sup> :

- décès
- incapacité permanente totale ou partielle
- incapacité temporaire totale ou partielle

durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle : .....

3. que l'incapacité a commencé [commencera] le<sup>(5)</sup> :

- que la victime est en incapacité **totale** de travail du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- que la victime peut continuer à exercer sa fonction **actuelle**
- qu'un **emploi adapté est possible**. Limitations de la victime :

.....  
.....

4. que le blessé est soigné<sup>(6)</sup> : .....

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Le médecin, [Signature] :

[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° : .....

