

Certificat médical

Accident du travail



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Exemplaire compagnie d'assurances

Employeur : vcl

Contrat n° : 97.130.631

Jour, heure et lieu du premier examen :

Je soussigné (1)

(1) Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.

ayant examiné (2)

(2) Nom, prénom, adresse de la victime.

après l'accident qui lui est survenu le

Déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3) :

(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.).

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) :

(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.

3. que la durée du chômage est approximativement fixée à (*) :

4. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) :

(5) Le médecin doit déterminer si l'incapacité résulte des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

5. que l'exercice d'une profession appropriée est possible/n'est pas possible. Dans l'affirmative, dans quelle mesure ?

6. que le blessé est soigné (6) :

(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

Fait à , le

Le médecin, (Signature)

(*) N.B. - Si la reprise du travail n'est pas possible après cette période, il y a lieu d'adresser immédiatement à la compagnie un certificat de prolongation de l'incapacité temporaire.