

(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