

(à compléter en cas de dommage corporel et à transmettre à votre secrétariat régional UCP 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. : les frais médicaux et pharmaceutiques sont toujours à charge de l'assuré. Dans les cas où ils sont couverts par le contrat, la Compagnie en règle le montant directement à l'assuré conformément aux 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**