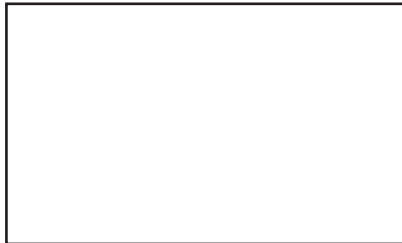




Avenue Livingstone 6
 B-1000 BRUXELLES
 Tél. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 60
 RPM Bruxelles 0405.764.064
 Compte 799-5518105-68
 e-mail : info@dvvlap.be



Les **AP** assurances

CERTIFICAT MEDICAL

Accidents de travail

Numéro du contrat : Numéro du sinistre :

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse. Je soussigné ⁽¹⁾
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime. ayant examiné ⁽²⁾
- après l'accident qui lui est survenu le
- au service de :
- déclare :
- (3) indiquer : le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.). 1. que l'accident a produit les lésions suivantes ⁽³⁾ :
-
- (4) Indiquer si des RX ou d'autres examens spécialisés ont été réalisés ou prescrits. 2. que les examens suivants ou RX ont été réalisés ou prescrits ⁽⁴⁾ :
-
- (5) 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 ces lésions ont eu (auront) pour conséquence ⁽⁵⁾ :
-
- (6) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances. 4. que l'incapacité a commencé (commencera) le ⁽⁶⁾ :
-
- (7) Indiquer : le lieu où la victime est soignée. 5. que le blessé est soigné ⁽⁷⁾ :
- ambulant
- à ma consultation
- hospitalisé (nom et adresse de l'organisme hospitalier)
-

Fait à le

Le médecin, (signature)