

## D Certificat médical initial

(A faire remplir par le premier médecin qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé, le (date) ..... J'ai constaté :

• Sièges et nature de la blessure .....  
.....  
.....

- Conséquences probables de l'accident :
- les blessures entraînent-elles une incapacité de travail (ou une interruption de l'activité) ? oui  non
  - si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption .....
  - durée probable des soins .....
  - durée d'hospitalisation prévue .....
  - probabilité d'une incapacité permanente oui  non

Nom et adresse du médecin <small>(si possible curatif)</small>	
A	, le
Signature	

## E Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

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

## F Tiers

Auteur  Victime

Nom ..... Prénom ..... Profession .....

Adresse .....

Assureur : Compagnie ..... Police n° ..... Agence .....

• Propriétaire ou conducteur d'un véhicule à moteur

Marque ..... Type ..... Immatriculation .....

• Cycliste  Piéton  Propriétaire d'animal  Lequel ? .....

• Autre cas  Lequel ? .....

## G Dommages éventuellement subis par le tiers

Dommages matériels	Dommages corporels
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## H Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)

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

A ..... le ..... Qualité du signataire .....  
Signature