

Employeur

Sinistre n° du • • • • •

Victime

Je soussigné

Nom Prénom

Rue n° boîte

Code postal Localité

agissant en qualité de

médecin consulté par la victime médecin-conseil de l'assureur

ayant examiné le • • • • le (la) dénommé(e)

Nom Prénom

Rue n° boîte

Code postal Localité

victime d'un accident de travail le • • • •

déclare

1. que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après

L'incapacité de travail peut être totale ou partielle.

En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux

2. que la victime a repris le travail le • • • •

3. que la victime est guérie depuis le • • • •

sans aucune séquelle

avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail

Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état antérieur

4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire

Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèses dentaires, etc.)

Date • • • •

Signature