

Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

Accidents de travail

Exemplaire Médecin traitant

Employeur :

Contrat n° :

Sinistre n° :

Je soussigné,
.....

agissant en ma qualité de (*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le
le (la) dénommé(e)
.....
victime d'un accident du travail le.....

déclare (*)

(*) Veuillez cocher la case correspondante

que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) ;
.....
.....

que la victime a repris le travail le

que la victime est guérie depuis le

sans aucune séquelle ;

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

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

Fait à, le

Signature victime,

Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

Accidents de travail

Exemplaire Compagnie

Employeur :

Contrat n° :

Sinistre n° :

Je soussigné,
.....

agissant en ma qualité de (*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le
le (la) dénommé(e)
.....
victime d'un accident du travail le.....

déclare (*)

(*) Veuillez cocher la case correspondante

que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) ;
.....
.....

que la victime a repris le travail le

que la victime est guérie depuis le

sans aucune séquelle ;

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

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

Fait à, le

Signature victime,

Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

Accidents de travail

Exemplaire Service Médical du Travail

Employeur :

Contrat n° :

Sinistre n° :

Je soussigné,
.....

agissant en ma qualité de (*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le
le (la) dénommé(e)
.....
victime d'un accident du travail le.....

déclare (*)

(*) Veuillez cocher la case correspondante

que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) ;
.....
.....

que la victime a repris le travail le

que la victime est guérie depuis le

sans aucune séquelle ;

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

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

Fait à, le

Signature victime,