

Numéro de sinistre :

Employé :

Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

Je soussigné(e), (1)

agissant en ma qualité de

médecin consulté par la victime (2)

médecin-conseil de l'entreprise d'assurances (2)

ayant examiné le __ / __ / ____

le(la) dénommé(e) (3)

victime d'un accident du travail le __ / __ / ____

déclare

que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après(4)

que la victime a repris le travail le __ / __ / ____

que la victime est guérie depuis le __ / __ / ____

sans aucune séquelle (5)

avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail (5) (6)

que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire : (7)

(1) Nom, prénom et adresse.

(2) Biffer la mention inutile.

(3) Nom, prénom et adresse de la victime.

(4) L'incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux.

(5) Biffer la mention inutile.

(6) Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.

(7) Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.).

Signature