

DÉCLARATION SINISTRE ACCIDENTS DROIT COMMUN

ACCIDENT

N°: _____

CERTIFICAT DE GUÉRISON

OU DE CONSOLIDATION

POLICE

N°: 730 594 434

C

De M. le Docteur	_____
spécialiste en	_____
demeurant à	_____

SOUSCRIPTEUR

Nom – Prénoms	AFGOLF
Adresse	Chaussée du Château de la Bawette 5 - 1300 Wavre

VICTIME

Nom – Prénoms	_____
Date de naissance	_____
Date de l'accident	_____

Je soussigné(e) : _____ Docteur en médecine, domicilié à _____, déclare que la victime reprise en marge est guéri de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du _____ avec incapacité permanente – sans incapacité permanente.

L'incapacité temporaire a été:

totale	_____	du	_____	au	_____	inclus ;
partielle à _____ %		du	_____	au	_____	inclus ;
partielle à _____ %		du	_____	au	_____	inclus ;
partielle à _____ %		du	_____	au	_____	inclus ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notamment dépassée ; en voici la cause:

Il y a incapacité permanente

Il n'y a pas d'incapacité permanente

Les séquelles sont _____

Fait à _____, le _____ Signature,

