



Certificat de 1er constat

N/réf :

Preneur d'assurance:

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse : Je soussigné (1)

(2) Nom, prénoms, adresse de la victime:
ayant examiné (2)
le .../.../... à ... h ...
après l' accident qui lui est survenu le.....

(3) Indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.) déclare:

(4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire

(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances

(6) Indiquer le lieu où la victime est soignée

Fait à le
Signature du médecin:

- 1. Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)
- 2. Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4)
- 3. Que l' incapacité a commencé (commencera) le (5)
- 4. que le blessé est soigné (6)