

## Certificat de premier constat

n° / ref : .....

Preneur d'assurances : .....

(1) Nom, prénom, qualité, adresse.

Je soussigné (1) .....

.....  
.....  
.....  
.....

(2) Nom, prénom, 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, ainsi que les parties du corps atteintes (fractures, contusins, lésions, ...).

déclare :

1. Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées (incapacité permanente, totale, partielle, en mentionnant la durée présumée d'une incapacité temporaire).

2. Que ces lésions ont eu/auront pour conséquence (4)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

3. Que l'incapacité a commencé/commencera le (5)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(6) Indiquer où la victime est soignée.

4. Que le blessé est soigné (6)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....

le ..... / ..... / .....

Signature du médecin :