

## CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION EN CAS D'ACCIDENT

Certificat établi par le médecin traitant  
Destiné au médecin-conseil

### PARTIE A REMPLIR PAR L'ACCIDENTE(E)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ E-mail : .....

Profession exacte : .....

N° de contrat(s) : .....

..... Signature

Date et circonstances précises de l'accident : .....

.....

.....

.....

Natures des blessures : .....

.....

.....

Date de l'arrêt de travail : .....

Les conséquences de l'accident entraînent-elles, pour l'assuré(e), une incapacité totale d'exercer sa profession ?

Depuis quelle date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Jusqu'à quelle date prévisible : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Les conséquences de l'accident permettent-elles à l'assuré(e) d'exercer partiellement sa profession ?

Depuis quelle date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Jusqu'à quelle date prévisible : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Fait à

Signature et Cachet du Médecin

Le

**DECLARATION A REMPLIR PAR L'ASSURE**  
**CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT**

L'accident s'est produit le : .....

A (*lieu précis*) : .....

Et dans les circonstances suivantes : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Tiers responsable(s)

Nom(s)

- .....

- .....

- .....

Adresse(s)

- .....

- .....

- .....

Témoins, NOMS et ADRESSES

- .....

- .....

- .....

- .....

Y a-t-il eu un constat de gendarmerie ?     OUI     NON

Croquis :

Date :

Signature :