

KBC Assurances, S.A. ayant son siège social en Belgique,  
Waaistraat 6, 3000 Leuven, RPM 0403.552.563  
Entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014  
(A.R. 4 juillet 1979, Mon. belge 14 juillet 1979)  
730-0042006-01, IBAN: BE43 7300 0420 0601  
BIC: KREDBEBB, <http://www.kbc.be>

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse.

(2) Nom, prénoms, adresse de la victime.

(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.).

(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.

NUMÉRO DRS .....  
(à mentionner lorsque la déclaration a été faite via le guichet électronique)

EMPLOYEUR .....

POLICE N° .....

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (1) .....

ayant examiné (2) .....

après l'accident qui lui est survenu le ..... (date)  
à ..... (heure)

déclare

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):

.....  
.....

Fait à ....., le .....

Le médecin,  
(signature)