

**Si déjà communiqué par l'Assureur :**

Numéro du dossier : . . . . . - 00 / . . . . .

**Pour une déclaration réalisée via le site portail de l'ONSS :**

Numéro de ticket : . . . - . . . . . - . . . . .

Numéro NISS de la victime : . . . . . - . . . . .

Bruxelles, le

Concerne : \_\_\_\_\_

Notre assuré :

(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 .....  
 déclare :

(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.)

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

(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

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 toutes autres circonstances

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

(6) Indiquer le lieu où la victime est soignée

4. que le blessé est soigné (6)  
 .....  
 .....  
 .....

Fait à ..... le .....

Signature du médecin :