

**DÉCLARATION VISANT À GARANTIR LE CARACTÈRE  
INDÉPENDANT ET L'OBJECTIVITÉ**

Le soussigné,

Dr .....(nom et prénom),

médecin portant le n° d'inscription suivant auprès de l'Ordre des médecins

..... (numéro complet)

déclare qu'il (elle) n'exerce ni tâches ni missions en qualité de médecin-conseil auprès

- d'une entreprise d'assurances agréée en accidents du travail :
- d'une organisation syndicale
- d'une fédération mutualiste.

En outre, le médecin collaborateur de Fedris s'engage à ne pas exécuter des missions dans le cadre d'une procédure d'appel contre Fedris en cours ou prévu dans le futur.

Un médecin collaborateur ne peut pas non plus traiter le dossier d'un assuré qu'il connaît ou a connu, que ce soit personnellement ou bien dans le cadre de ses activités professionnels.

Cette déclaration a été établie à ..... le..... (date).

	Signature précédée de la mention «LU ET APPROUVE»
--	--