

Déclaration du médecin traitant

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT OU LA CARTE DE CRÉDIT

N° de transit

<input type="checkbox"/> Crédit aux entreprises <input type="checkbox"/> Prêt hypothécaire <input type="checkbox"/> Carte de crédit MasterCard	N° de prêt ou carte	N° de prêt ou carte
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	→ La demande concerne	→ La demande concerne
	<input type="checkbox"/> Titulaire de la carte	<input type="checkbox"/> Titulaire de la carte
	<input type="checkbox"/> Le conjoint assuré	<input type="checkbox"/> Le conjoint assuré

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom à la naissance

Prénom

Sexe H F

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

L'objet de cette déclaration est de nous aider à établir le degré d'invalidité. À cette fin, veuillez donner suffisamment de précisions concernant l'histoire de la maladie, vos observations, votre diagnostic, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

1- Date de naissance

2- Diagnostic (y compris toutes complications)

a) Date de la première visite Date de la dernière visite

b) Fréquence des visites _____

c) Symptômes subjectifs _____

d) Symptômes objectifs (résultats récents de radiographies, ECG, examens de laboratoire et autres examens)

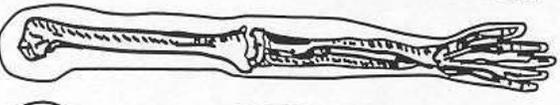
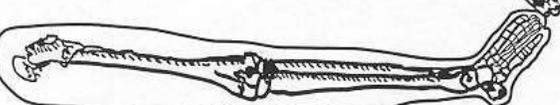
e) Depuis quelle date considérez-vous que ce patient est totalement invalide ?

Date de l'accident qui est la cause de la présente perte

f) L'amputation a-t-elle pour seule cause le présent accident? oui non

Dans la négative, quelle maladie ou état furent une cause contributive?

3- Endroit du sectionnement

	a) Indiquer l'endroit exact	b) Date du sectionnement
Bras droit		<input type="text"/>
Bras gauche		<input type="text"/>
Jambe droite		<input type="text"/>
Jambe gauche		<input type="text"/>

4- Donner le nom et l'adresse des médecins qui ont soigné le patient pour un état contribuant :

5- Le patient a-t-il été référé à d'autres spécialistes? oui non

Dans l'affirmative, nous fournir le nom et adresse de tout autre médecin qui suit ce patient :

6- Votre patient a-t-il été traité pour cette affection auparavant? oui non

Dans l'affirmative, donnez la date

	A		M		J

7- Donnez les dates d'hospitalisation s'il y a lieu :

Date d'admission

	A		M		J

 Date de sortie

	A		M		J

8- Précisez le genre de chirurgie s'il y a lieu :

9- Suite à l'hospitalisation, quand le patient serait-il capable de participer sans aide à certaines activités en dehors de la maison, telles que visites, courses, etc.?

DEGRÉ D'INVALIDITÉ

Le patient est-il totalement incapable d'exercer :

SA PROFESSION

oui non

UNE AUTRE PROFESSION

oui non

Dans la négative, quand aurait-il (elle) pu reprendre l'exercice de :

	A		M		J

	A		M		J

Dans l'affirmative, quand pourra-t-il (elle) reprendre l'exercice de :

	A		M		J

	A		M		J

jamais

jamais

Si la date est indéterminée, nombre de semaines ou de mois additionnels estimés nécessaires avant la reprise du travail :

_____ semaines _____ mois

Un retour au travail progressif est-il possible? oui non

Dans l'affirmative, veuillez nous décrire le protocole de retour au travail et dans la négative nous mentionner pourquoi :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Nom du médecin (lettres moulées) _____

Spécialité _____

Adresse (no, rue, ville, province) _____ Code postal

--	--	--	--	--

Numéro de téléphone ()

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du médecin _____ Date

	A		M		J

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.
Cette déclaration peut-être envoyée à l'assureur par la poste ou remise au patient, selon le choix du médecin.