

Renseignements sur le prêt ou la carte de crédit

Assuré - N° FCC _____ N° de transit _____

N° de prêt ou carte _____

N° de prêt ou carte _____

- Prêt budgétaire _____
- Prêt hypothécaire _____
- Crédit aux entreprises _____
- Prêt auto-choix _____
- Carte de crédit MasterCard _____

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom _____

Prénom _____

- La demande concerne
- Titulaire de la carte
 - Le conjoint assuré

- La demande concerne
- Titulaire de la carte
 - Le conjoint assuré

Date de naissance (AAAAMMJJ) _____

Sexe
 H F

N° d'assurance sociale _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

- 1.1 Principal : _____
- 1.2 Secondaire : _____
- 1.3 Complications : _____
- 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
- a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
- Précisez les périodes : _____
- 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : _____ une maladie un accident du travail un accident d'automobile
- Date de l'événement : |A|A|A|A|M|M|J|J|
- une grossesse Non Oui
- un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : |A|A|A|A|M|M|J|J|
- 1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
- Au début de l'invalidité |A|A|A|A|M|M|J|J| Actuellement _____

2. Traitement

- 2.1 Médicaments – nom – posologie _____
- 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira t-il :
- a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
- b) une opération Non Oui d'un jour Type _____ Date : |A|A|A|A|M|M|J|J|
- Intervention chirurgicale : _____
- c) d'autres traitements ? Non Oui Précisez : _____
- d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
- d) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

3. Suivi et pronostic

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : |A|A|A|A|M|M|J|J| Prochaine consultation : |A|A|A|A|M|M|J|J|
- 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
- 3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
- 3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail |A|A|A|A|M|M|J|J|
- 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
- à temps partiel à temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

- 4.1 Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants: troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, fibromyalgie ou fatigue chronique, problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale, troubles musculaires, des articulations ou des os, ou troubles psychologiques ou psychiatriques.
- Non Oui **Si oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :
- | Maladies | Dates | Résultats | Périodes d'hospitalisation | Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie? |
|----------|-------|-----------|----------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
- 4.2 _____

5. Identification du médecin

- 5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
- 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
- Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
- Signature : _____ Date : |A|A|A|A|M|M|J|J|

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

- 1.1 Principal : _____
- 1.2 Secondaire : _____
- 1.3 Symptômes actuels : _____
- 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense avec éléments psychotiques
- 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
- à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied problèmes professionnels
- à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes au jeu
- autres, précisez : _____
- 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
- a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
- Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

- 2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
- 2.2 Le patient consulte-t-il un psychiatre ? Non Oui un travailleur social? Non Oui
- un psychologue ? Non Oui une autre intervenant de la santé ? Non Oui
- Si oui, nom de l'intervenant consulté :** _____
- 2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : | A | A | A | A | M | M | J | J | Prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 3.2 Autres dates de consultations : _____
- 3.3 Fréquence du suivi : _____
- 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non Oui Nom du médecin : _____
- 3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail | A | A | A | A | M | M | J | J |
- 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
- à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

- 4.1 Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants: troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, fibromyalgie ou fatigue chronique, problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale, troubles musculaires, des articulations ou des os, ou troubles psychologiques ou psychiatriques.

Non Oui **Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :**

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie?

- 4.2 _____

5. Identification du médecin

- 5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
- 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
- Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
- Signature : _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |