

Déclaration du médecin

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT OU LA CARTE DE CRÉDIT

N° de transit

N° de prêt ou carte

N° de prêt ou carte

- Prêt
 Prêt hypothécaire
 Carte de crédit MasterCard

→ La demande concerne

- Titulaire de la carte
 Le conjoint assuré

→ La demande concerne

- Titulaire de la carte
 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

	A		M		J

2- Diagnostic (y compris toutes complications)

a) Date de la première visite

	A		M		J

Date de la dernière visite

	A		M		J

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 ?

	A		M		J

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

	A		M		J

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

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

3- Endroit du sectionnement

a) Indiquer l'endroit exact

b) Date du sectionnement

Bras droit



A	M	J

Bras gauche



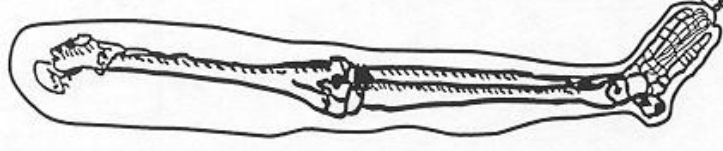
A	M	J

Jambe droite



A	M	J

Jambe gauche



A	M	J

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

	SA PROFESSION	UNE AUTRE PROFESSION																																																
Le patient est-il totalement incapable d'exercer :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																																																
Dans la négative, quand aurait-il (elle) pu reprendre l'exercice de :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J																						<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J																					
A	M	J																																																
A	M	J																																																
Dans l'affirmative, quand pourra-t-il (elle) reprendre l'exercice de :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> jamais	A	M	J																						<table border="1"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> jamais	A	M	J																					
A	M	J																																																
A	M	J																																																
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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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.