

**①** Nom : \_\_\_\_\_ **②** Prénom : \_\_\_\_\_  
**③** N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat **④** Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
**⑤** Date de naissance : | 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 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 : un accident  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 : \_\_\_\_\_  
 e) 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 consultation : \_\_\_\_\_ 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   
 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 dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affectations suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H.?

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?

**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 |

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

❶ Nom : \_\_\_\_\_      ❷ Prénom : \_\_\_\_\_  
❸ N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat      ❹ Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |  
❺ Date de naissance : | 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 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  un 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   
3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines  
à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles liés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H.?  
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?

**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 |

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.