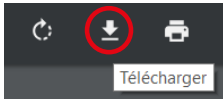


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

➊ Nom : _____ ➋ Prénom : _____
➌ N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat | _____ ➍ Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | | | |
➎ 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

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

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 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 affectations suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du cœur 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

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