

CONTRAT N°
SINISTRES N°

DECLARATION DE SINISTRE INCAPACITE DE TRAVAIL

NOM PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

Profession exacte au moment du sinistre :

Nom et adresse de votre médecin traitant :

CIRCONSTANCES DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : Date prévue de reprise du travail :

Cause de l'arrêt de travail : Maladie Accident Tentative de suicide
 Tentative d'homicide Grossesse pathologique
Date présumée d'accouchement :

Si maladie : De quelles affections s'agit-il ?
Dates des premiers troubles : Date des premiers symptômes :
Avez-vous souffert dans le passé de cette maladie ?
 OUI NON A quelle(s) date(s) ?

Si accident : Date et lieu :
Circonstances :
* Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? OUI .N° du P.V : NON
Coordonnées de la Brigade qui a dressé le constat :
* Y a-t-il eu des articles de presse ? OUI NON
Si, oui joindre les documents en votre possession.

Si autres causes : Date et lieu :
* Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? OUI .N° du P.V : NON
Coordonnées de la Brigade qui a dressé le constat :
* Y a-t-il eu des articles de presse ? OUI NON
Si, oui, joindre les documents en votre possession.

Avez-vous été hospitalisé : OUI NON
Si oui, quand et où (nom et adresse de l'établissement)
.....

Soins et traitements suivis au moment de l'arrêt de travail :

De quels troubles souffrez-vous actuellement ?

Soins et traitements suivis actuellement :

Intervention chirurgicale subie :

Avez-vous eu d'autres arrêts de travail ? OUI NON
Si oui, indiquez motif(s) et dates :

Je soussigné(e) : Certifie que les réponses sont exactes et sincères

Signature de l'assuré :

A : le :

CONTRAT N°
NOM PRENOM :
SINISTRE N°

Depuis quelle date l'assuré est-il votre patient ?
Date des premiers troubles : Date de constatation médicale :

DEFINITION CONTRACTUELLE DU RISQUE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT) :

« L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité absolue, complète et continue, pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles. Dès lors qu'il peut reprendre partiellement son travail ou a recouvré, dans une mesure quelconque, la faculté de diriger ou surveiller son commerce, sa société ou son exploitation, l'incapacité est définie comme partielle. »

APRES AVOIR LU LA DEFINITION CI-DESSUS, POUVEZ-VOUS CERTIFIER QUE L'ETAT DE SANTE DE VOTRE PATIENT REpond ENTIEREMENT :

A LA DEFINITION DE L INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ? OUI NON
A LA DEFINITION DE L INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE ? OUI NON

Maladie Accident Tentative de suicide Tentative d'homicide Grossesse pathologique : date présumée de l'accouchement :

Précisez les causes (nature de l'affection, coups et blessures) :

Description de l'état de santé actuel :

Soins et traitements en cours :

L'état actuel de l'assuré nécessite t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ?
 OUI NON

La demande d'allocation pour tierce personne est-elle en cours ? OUI NON

HISTORIQUE DE LA PATHOLOGIE DU CLIENT

L'assuré a-t-il déjà souffert de la même affection par le passé ? OUI NON
Si oui à quelles dates ?

Pour quelles maladies, opérations, accidents, l'assuré a-t-il été traité ? et à quelles dates ?

Ces dernières années, l'assuré a-t-il :

⇒ été hospitalisé OUI NON date : motif :
⇒ été opéré OUI NON date : motif :
⇒ suivi un traitement OUI NON date : motif :

L'assuré a-t-il des séquelles d'accidents ou de maladies antérieures, ou d'autres antécédents de santé qui auraient pu favoriser la survenance du sinistre (facteurs de risques ou de fragilisation) OUI NON

Si oui lesquelles et à quelles dates ?
Ces séquelles aggravent-elles l'état actuel de santé ? OUI NON

PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Prévoyez-vous :
 une amélioration une aggravation une consolidation une guérison
Dans quels délais (en mois) ?

A :le :
Fait à ma demande lu et approuvé et remis en main propre.

Cachet et signature du médecin

L'Assuré