

Votre patient est dans l'incapacité de travailler en raison d'un accident ou de l'une des conditions musculaire ou ligamentaire énumérées ci-après. Les renseignements fournis doivent être complets afin de permettre à l'Assureur de déterminer si les modalités de la police s'appliquent ou non. Cette déclaration peut être envoyée à l'Assureur par la poste ou remise à votre patient, selon le choix du médecin.
Votre patient est responsable des frais engagés pour remplir le formulaire.

Patient - Nom : _____ **Prénom :** _____

N° de police : _____ **Date de naissance :** |—j—|—m—|—a—|

1. CAUSE DE L'INVALIDITÉ

A. Accident

S'agit-il d'un accident? Oui Non Si oui, d'un accident : de travail d'automobile autre

Si « Non », veuillez vous référer à la partie B.

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire (le cas échéant) : _____

Circonstances de l'accident : _____

B. Condition musculaire ou ligamentaire

Est-ce que votre patient souffre de l'une des conditions musculaire ou ligamentaire suivantes? Si oui, veuillez cocher la condition appropriée.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blessure de la coiffe des rotateurs | <input type="checkbox"/> Élongation | <input type="checkbox"/> Ligamentite |
| <input type="checkbox"/> Bursite | <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Syndrome du canal carpien |
| <input type="checkbox"/> Capsulite | <input type="checkbox"/> Épicondylite | <input type="checkbox"/> Syndrome du canal tarsien |
| <input type="checkbox"/> Chondromalacie | <input type="checkbox"/> Fasciite palmaire | <input type="checkbox"/> Syndrome fémoro-patellaire |
| <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Fasciite plantaire | <input type="checkbox"/> Tendinite |
| <input type="checkbox"/> Costochondrite | | <input type="checkbox"/> Ténosynovite |

Précisez le membre ou la région articulaire : _____

Dans quelles circonstances est apparue la condition précitée: _____

C. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire ? Oui Non Si oui, veuillez préciser les points ci-dessous

Diagnostic	Date	Traitement

2. HISTORIQUE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

A. Date de l'accident ou de l'apparition des premiers symptômes : |—j—|—m—|—a—|

B. Date à laquelle le patient est devenu inapte au travail
du point de vue médical en raison de sa condition : |—j—|—m—|—a—|

C. Date de la première visite associée à sa condition actuelle : |—j—|—m—|—a—|

D. Date de la toute dernière visite : |—j—|—m—|—a—|

3. SYMPTÔMES

A. Description des symptômes et gravités : _____

B. Constatations objectives cliniques, résultats de(s) test(s) effectué(s) lors de l'enquête (radiographies, tests de laboratoire, etc.)

C. Votre patient est-il : Alité Confiné à la maison Hospitalisé

D. S'il a été hospitalisé, indiquez la période : Du |—j—|—m—|—a—| Au |—j—|—m—|—a—|

Nom de l'hôpital : _____ **Raison(s) :** _____

4. LIMITATIONS

A. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

5. TRAITEMENTS

A.

Date(s)	Genre de traitement actuel ou prévu (médicament(s), physiothérapie, tests, chirurgie, etc.)	Fréquence(s), etc.

B. Est-ce que le patient suit le traitement recommandé? Oui

Non

Si oui, de quelle façon?

Si non, veuillez préciser

C. Autre(s) praticien(s) consulté(s) ou référé(s) au sujet de l'invalidité actuelle

Nom(s)	Spécialité(s)	Date(s)

6. PRONOSTIC

L'état du patient : s'est stabilisé s'est amélioré

est demeuré inchangé

s'est détérioré

Quel est le pronostic de guérison?

7. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

SA PROFESSION OU SON TRAVAIL?

AUTRE PROFESSION OU TRAVAIL?

A. Le patient est-il totalement incapable d'exercer :

OUI NON

OUI NON

B. Si non, quand aurait-il pu reprendre l'exercice de :

| - j - | - m - | - a - - |

| - j - | - m - | - a - - |

C. Si oui, quand pourra-t-il reprendre l'exercice de :

| - j - | - m - | - a - - |

| - j - | - m - | - a - - |

D. Si la date est indéterminée, nombre de semaines ou de mois additionnels nécessaires avant la reprise de sa profession ou son travail :

[] SEMAINES

[] MOIS

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom/Prénom : _____ Téléphone : _____
(en lettres moulées)

Télécopieur : _____

N° de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Signature : _____ Date : _____

L'Excellence, compagnie d'assurance vie

5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal QC H1R 1Z7

Téléphone : 514 327-0020 | 1 800 465-5818

Télécopieur : 514 327-9313 | 1 877 327-9313

reclamations@jaexcellence.com

CODE PRODUIT

11-2015