

FORMULAIRE INITIAL DE DEMANDE D'INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ

PARTIE 1 - DÉCLARATION À REMPLIR PAR LE MEMBRE

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS - J'autorise tout médecin, hôpital, assureur, employeur ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, données ou renseignements me concernant, à transmettre sur demande de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, de telles archives, données ou de tels renseignements.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de traitement de ma réclamation et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'originale.

SIGNATURE DU MEMBRE

CODE RÉGIONAL - NO DE TÉLÉPHONE

JOUR / MOIS / ANNÉE

PARTIE 2 - DÉCLARATION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

AVIS AUX MÉDECINS - Ce formulaire a été conçu en tenant compte de votre temps, pour obtenir tous renseignements relatifs à l'historique médical de votre patient, à toute investigation, à tous résultats et traitements. En obtenant des renseignements détaillés maintenant, nous réduisons par le fait même votre fardeau administratif et dans la mesure du possible, nous évitons les demandes additionnelles de renseignements médicaux.

Les renseignements fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de gestion des sinistres et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Sauf interdiction légale, il incombe à votre patient d'assumer les coûts relatifs à la préparation de ce formulaire.

DEMANDE D'INDEMNITÉ NO _____

1. Nom du patient (M., Mme, Mlle)

Nom de famille

Initiales

Prénom(s)

2. Êtes-vous le médecin de famille? OUI Depuis combien de temps? _____
NON Nom du médecin de famille _____

3 a. Diagnostic primaire _____

Constatations objectives _____
(Veuillez inclure les résultats de tout examen ou toute investigation)

Symptômes subjectifs _____

b. Diagnostic secondaire _____

c. Décrivez toutes complications ou conditions indépendantes, comme la chirurgie, pouvant prolonger l'invalidité.

d. Limitations fonctionnelles actuelles

Si des dates sont indiquées, veuillez répondre

4. Est-ce que le patient a reçu un avis, une consultation ou un traitement médical quelconque pour toute maladie, affection ou blessure corporelle directement ou indirectement liée à son invalidité initiale ?

De _____ À _____ Oui Non

Si «OUI», veuillez indiquer toutes les dates et tous traitements reçus au cours de cette période:

5 a. Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? Jour _____ mois _____ année _____

b. Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour la condition présente? Jour _____ mois _____ année _____

c. À quelle date votre patient a-t-il arrêté de travailler à cause de son invalidité? Jour _____ mois _____ année _____

d. Le patient a-t-il été référé par un autre médecin? Oui Non

Si «OUI», veuillez indiquer le nom et l'adresse de ce médecin _____

6. Est-ce que la présente condition est due à:

- a. Grossesse? oui non Si «OUI», quelle est la date prévue de l'accouchement? Jour _____ mois _____ année _____
- b. Accouchement, avortement ou fausse couche? oui non
- c. Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel? oui non
- d. Abus d'alcool, drogues ou reliée aux drogues? oui non Si «OUI», à quelle substance? _____
- e. Accident de travail? oui non Si «OUI», expliquez _____

7 a. Avez-vous suivi ce patient de façon régulière?

oui Fréquence des visites: Hebdomadaire Mensuelle Autre _____
 non (Veuillez expliquer dans REMARQUES)

b. Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? oui non (Veuillez expliquer dans REMARQUES)

c. Date du dernier traitement Jour _____ mois _____ année _____

d. Type de traitement, médication, thérapie, etc. que reçoit actuellement votre patient _____

e. Date d'hospitalisation Jour _____ mois _____ année _____ Date de congé Jour _____ mois _____ année _____
 Nom de l'hôpital _____

8. Le patient est-il toujours totalement invalide? (Incapable d'accomplir la plupart des fonctions de sa profession habituelle)

oui Croyez-vous que l'invalidité du patient excédera 4 mois à partir de ce jour? oui non

Indiquez la date à laquelle le patient pourra reprendre les fonctions de sa profession habituelle.

 Jour mois année

non Si «NON», indiquez la date à laquelle le patient était ou sera capable de reprendre les fonctions de sa profession habituelle.

 Jour mois année

9. Est-ce que le patient a été référé à d'autres médecins, cliniques, physiothérapeutes, etc.?

oui Si «OUI» veuillez indiquer les noms et adresses dans la section REMARQUES
 non

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

10. Est-ce que le patient a été vu durant les cinq dernières années pour les conditions suivantes:

(Veuillez préciser toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous):

	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Cardio-vasculaire/Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus d'Alcool/Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG ou test de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laboratoire anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genito-Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologique (incluant anticorps pour le SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Respiratoire/Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATE DES SOINS			PLAINTES ET CONSTATATIONS PHYSIQUES ANORMALES	DURÉE DE LA MALADIE	DIAGNOSTIC	DÉCRIRE TRAITEMENT, MÉDICATIONS OU INTERVENTIONS
JOUR	MOIS	ANNÉE				

REMARQUES

11. Nom du médecin traitant (EN LETTRES MOULÉES) _____

Adresse _____ No de téléphone _____
No Rue Ville Province Code postal Code régional

No de télécopieur _____
Code régional

Date _____
Jour / Mois / Année

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT _____