

INDEMNITÉS D'ASSURANCE-VIE COLLECTIVE CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT MUTILATION OU AUTRE SINISTRE

Nom du patient : _____

Adresse du patient : _____

Numéro de la police collective : _____

1. a) Quand l'accident est-il survenu? Jour _____ Mois _____ Année _____

b) Décrivez brièvement les circonstances de l'accident :

2. a) Date de la première consultation pour la blessure actuelle : Jour _____ Mois _____ Année _____

b) Date du traitement le plus récent : Jour _____ Mois _____ Année _____

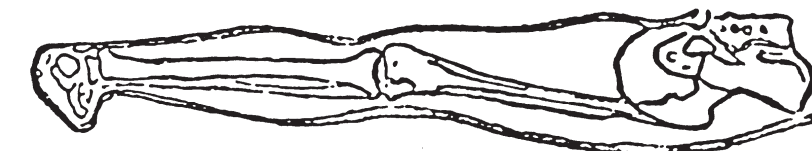
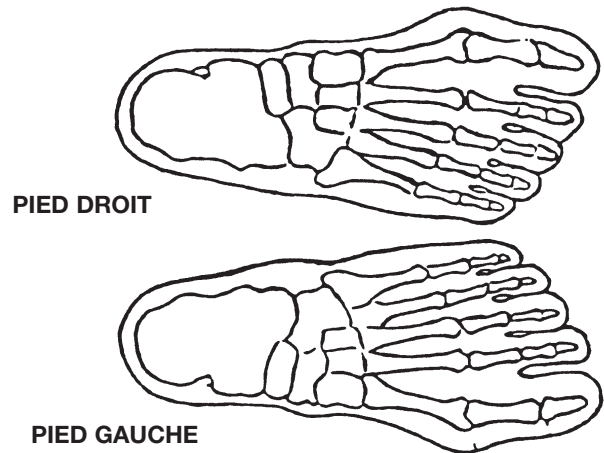
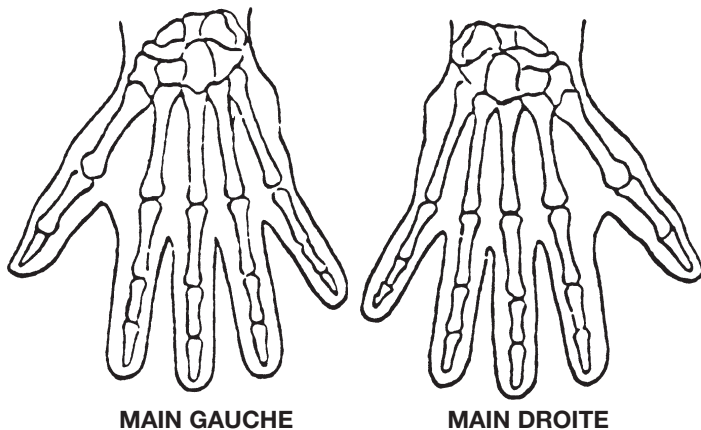
MUTILATION

3. a) Si l'accident a entraîné la perte d'une main, d'un pied, d'une jambe, d'un bras, de doigts ou d'orteils, veuillez indiquer, sur le dessin approprié ci-dessous, à quel niveau l'amputation a été pratiquée.

- Main Pied Jambe Bras Doigts Orteils

b) Date de l'amputation : Jour _____ Mois _____ Année _____

c) Veuillez joindre le rapport chirurgical, le formulaire d'admission à l'hôpital et le résumé de sortie de l'hôpital.



INDIQUEZ S'IL S'AGIT DU MEMBRE DROIT OU GAUCHE



4. a) Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de l'organe de la vue, de l'ouïe ou de la parole, veuillez indiquer quel organe a été affecté :

Vue Ouïe Parole

b) Date du sinistre : Jour _____ Mois _____ Année _____

c) Peut-on espérer que l'état de l'organe affecté s'améliore? Oui Non

PERTE DE LA VUE

a) Indiquez, si possible, l'acuité visuelle de chaque œil avant l'accident.

b) Quel est le degré restant d'acuité visuelle corrigée de l'œil ou des yeux touchés?

c) Veuillez joindre les résultats obtenus en matière d'acuité visuelle et le rapport de l'ophtalmologiste.

PERTE DE L'OUÏE

a) Y a-t-il un ou des signes indiquant que l'audition du patient était déficiente avant l'accident?

b) Quel était le degré d'acuité auditive à la date du sinistre?

c) Veuillez joindre les résultats du test auditif et le rapport de l'audiologiste.

PERTE DE LA PAROLE

a) Si possible, précisez si l'assuré s'exprimait intelligiblement avant l'accident.

b) L'assuré est-il maintenant capable de s'exprimer intelligiblement?

c) Veuillez joindre l'évaluation réalisée par l'orthophoniste.

PERTE DE L'USAGE

5. a) Si l'accident a entraîné la perte de l'usage d'un membre, veuillez indiquer de quel membre il s'agit.

Jambe Bras Main

b) Le membre blessé présente-t-il un signe quelconque d'incapacité fonctionnelle antérieure à l'accident? Oui Non

c) Veuillez indiquer toutes les fonctions que le membre blessé est en mesure d'assurer.

d) Peut-on espérer que l'état du membre affecté s'améliore? Oui Non

e) Veuillez joindre les documents suivants : le formulaire d'admission à l'hôpital et le résumé de sortie de l'hôpital; le rapport chirurgical (le cas échéant); les résultats des tests d'amplitude articulaire; les rapports, rapports de consultation et rapports de suivi des physiothérapeutes / ergothérapeutes; les examens neurologiques (paraplégie / tétraplégie).

6. a) La perte subie est-elle attribuable uniquement à la blessure décrite? Oui Non

b) Dans la négative, précisez tout facteur ayant pu contribuer à la perte.

Nom en caractères d'imprimerie _____ Spécialité _____ Numéro de téléphone _____

Date _____ Signature _____ M.D.

Adresse _____

Rue

Ville

Province

Code postal