

Veuillez envoyer ce formulaire sur notre site internet <https://www.clpnet.com/customer/homechf>, par la poste ou par fax

Déclaration du médecin de famille en cas d'incapacité de travail

1. Informations personnelles sur l'assuré(e)

Madame Monsieur

Prénom

Nom

Date naissance de

2. Informations sur l'incapacité de travail de l'assuré(e)

1) Depuis quand l'assuré(e) est-il votre patient ?

2) Quelle est la cause de l'affection menant à l'incapacité de travail (veuillez indiquer le diagnostic exact) ?

b) Depuis quand cette affection existe-t-elle ?

b) Depuis quand l'incapacité de travail est-elle de 100% ?

4) Quand l'assuré(e) a-t-il été informé(e) pour la première fois du diagnostic ?

5) Quand l'assuré(e) peut-il probablement reprendre son emploi ?

6 a) Par quels autres médecins l'assuré(e) est-il aussi suivi médicalement pour cette affection ?

Nom

Rue

CP / Ville

b) Durant quelle période ?

de

à

7) Anamnèse de l'affection

8 a) Existe-t-il des radiographies ou des images par résonance magnétique ? oui non

b) Si oui, quand ont-elles été réalisées ?

8 a) L'assuré(e) a-t-il été conseillé(e) médicalement ou soigné(e) antérieurement pour l'affection déclarée ou pour une affection ayant un rapport avec cette dernière ? oui non

b) Si oui, quand ?

9 a) L'état de santé de l'assuré(e) lui permet-il d'exercer une activité professionnelle correspondant à sa formation et son niveau de vie ?

oui non

b) Si oui, à partir de quand ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

10 a) L'incapacité de travail résulte-t-elle de lésions volontaires de l'assuré(e), d'une tentative de suicide, d'une grossesse normale, de drogues ou d'abus de médicaments, de problèmes psychiques, de dépressions, de problèmes de colonne vertébrale, du SIDA ?

oui non

b) Si oui, veuillez préciser :

11 a) A votre connaissance, y a-t-il d'autres facteurs qui pourraient influencer la guérison de l'assuré ?

oui non

b) Si oui, veuillez préciser lesquels ?

A compléter uniquement dans le cas d'un accident :

12 a) De quel type d'accident s'agit-il ?

Accident de la circulation Accident domestique
 Accident du travail

b) Un alcootest a-t-il été pratiqué sur l'assuré(e) ?

oui non

b) Si oui, quand ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

A compléter uniquement dans le cas où l'incapacité de travail aurait un lien avec une maladie psychique :

13 a) L'assuré(e) est-il suivi par un psychiatre ?

oui non

b) Si oui, par quel médecin ?

Nom

Rue

CP / Ville

--	--	--	--	--

Lieu, Date

x _____

Signature du médecin et tampon du cabinet médical

x _____

Numéro de téléphone du médecin

x _____

Remarque importante : L'assuré(e) est tenu de prendre en charge et de régler directement les éventuels frais facturés pour remplir le présent formulaire de sinistre.