



CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE DE TRAVAIL CONFIDENTIEL

Pour faciliter l'étude de votre dossier, vous voudrez bien remplir intégralement ce document avec des réponses claires et complètes, et d'y joindre tout justificatif en votre possession. Ce certificat comporte des informations sur votre état de santé, dont une partie est à remplir par votre médecin.

A défaut de réponse sous 30 jours, QUATREM pourrait être amené à considérer que vous ne donnez pas suite à votre demande d'indemnisation.

Ce certificat doit être retourné à votre organisme de crédit à l'aide de l'enveloppe médicale confidentielle jointe, destiné à :

M. le Médecin Conseil de QUATREM Assurances Collectives
~~45/47, rue Le Peletier - 75009 PARIS~~

Nom de l'assuré(e) :		Prénom :	
Date de naissance :		Profession exercée :	
Adresse :			
Code Postal :	Commune :		
Vous êtes salarié <input type="checkbox"/>			
Vous percevez des indemnités journalières du régime général de la Sécurité sociale <input type="checkbox"/>			
Autre régime, précisez lequel <input type="checkbox"/>			
Vous n'êtes pas salarié <input type="checkbox"/>			
Vous percevez des indemnités journalières : De quelle compagnie Depuis quelle date ?			
Vous êtes retraité <input type="checkbox"/>			
Pour raison de santé <input type="checkbox"/>		Pour une autre raison <input type="checkbox"/>	
Depuis quelle date :/...../.....			
Préciser si votre activité professionnelle est :			
Sédentaire <input type="checkbox"/>		Manuelle <input type="checkbox"/>	
Avec déplacements <input type="checkbox"/>		Avec efforts physiques <input type="checkbox"/>	
Numéro de contrat :		Organisme bancaire :	
Date d'adhésion à l'assurance :			

INFORMATIONS

Les assurés sont tenus de produire, à leurs frais, toutes attestations médicales requises par la société d'assurance. En l'absence de réponse précise à l'une des questions, un contrôle auprès d'un médecin pourra être envisagé.

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Date d'arrêt de travail : Accident Maladie
 S'il s'agit d'une rechute, précisez la date du premier accident ou maladie :

Nature des blessures ou de la maladie :

En cas d'accident, précisez les circonstances :

Quel traitement médical suivez-vous ? (joindre les copies d'ordonnances) :

À quelle date avez-vous ressenti les premiers symptômes ?

Avez-vous déjà consulté un médecin pour cette affection ? OUI NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) ?/...../.....

Quel traitement aviez-vous suivi ? (médicaments, kinésithérapie, autres soins) :

Avez-vous été opéré ?

Si OUI, précisez la date et la nature de l'intervention chirurgicale (joindre une copie du compte rendu) :

Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) ?/...../.....

Avez-vous déjà été en arrêt de travail pour cette affection ? OUI NON

Si OUI, précisez les date(s) et durée(s) :

A n t é c é d e n t s M é d i c a u x

Êtes-vous suivi pour une autre affection médicale ? OUI NON

Si OUI, laquelle et depuis quand ? ① ② ③

Si OUI, à quelle(s) date(s) ? ①/...../..... ②/...../..... ③/...../.....

Suivez-vous un traitement médical pour cette (ces) autre(s) affection(s) ? OUI NON

Si OUI, lequel (lesquels) et depuis quand ?

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si OUI, laquelle et à quelle(s) date(s) ?

Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON

Si OUI, pour quelle(s) affection(s) et à quelle(s) date(s) ?

Avez-vous bénéficié d'arrêts de travail ? OUI NON

Si OUI, date(s) durée(s) et motif(s)

Avez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ? OUI NON

Si OUI, lesquelles et depuis quand ?

Êtes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée ? OUI NON

Pour quelle(s) affection(s) et depuis quand ?

A u t r e s I n f o r m a t i o n s

Bénéficiez-vous d'une : pension d'invalidité rente accident du travail

rente maladie professionnelle allocation tierce personne

Si OUI, précisez : catégorie de la pension Taux de la rente%

À quelle date et pour quel motif avez-vous bénéficié de cette pension, rente ou allocation ?

Avez-vous repris une activité professionnelle ? OUI NON

Si OUI : à temps complet à temps partiel à quelle date/...../.....

Quelles sont les démarches en cours : Reclassement professionnel OUI NON

Demande d'allocation Tierce personne OUI NON

Demande de mise à la retraite OUI NON

Précisez : Votre poids actuel Kg Taille : Votre latéralité : Droitier Gaucher

Je soussigné(e) déclare les réponses ci-dessus complètes et sincères.

Date : Date d'adhésion au contrat Signature de l'assuré :

Date d'adhésion au contrat :

CONFIDENTIEL

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Date d'arrêt de travail : Accident Maladie

Nature des blessures ou de la maladie :

Date de la première constatation médicale de l'affection :

État clinique actuel :

Nature des traitements reçus (médicamentaire, chirurgical, autres) et durées :

A-t-il été hospitalisé ? OUI NON En réanimation ? OUI NON

Si **OUI**, à quelle(s) date(s), durée(s) et pour quel(s) motif(s) :

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si **OUI**, laquelle (lesquelles) et à quelle(s) date(s) :

L'assuré a-t-il besoin d'une aide permanente pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne ? OUI NON

Se déplacer : OUI NON Se laver : OUI NON S'habiller : OUI NON S'alimenter : OUI NON

Quelle est la date probable de : consolidation : reprise d'activité :

L'assuré pourrait-il reprendre une **autre activité professionnelle** ? OUI NON

À temps partiel ? OUI NON À temps complet ? OUI NON

Si **OUI**, laquelle et à quelle date :

Une invalidité est-elle envisagée ? OUI NON Catégorie :

Une allocation pour tierce personne est-elle en cours de demande ? OUI NON

Antécédents Médicaux

Lors de son adhésion, l'assuré faisait-il l'objet d'une surveillance médicale clinique, biologique et/ou radiologique ? OUI NON

Si **OUI**, Précisez :

Quelle(s) affection(s)	①	②	③
Date de début	①/...../.....	②/...../.....	③/...../.....
Traitement	①	②	③
Durée du traitement	①/.....	②/.....	③/.....

Avant cet arrêt de travail, l'assuré a-t-il été hospitalisé ? OUI NON

Si **OUI**, pour quelle(s) affection(s), à quelle(s) date(s) ?

A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si **OUI**, laquelle et à quelle date ?

Lui avait-on prescrit un arrêt de travail ? OUI NON

Si **OUI**, date(s) et durée(s) ?

Était-il pris en charge à 100 % pour une affection longue durée ? OUI NON

Pour quelle(s) affection(s) ? À quelle(s) date(s) ?

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Date, signature et cachet du médecin

INFORMATIONS

En l'absence de réponse précise à l'une des questions, un contrôle auprès d'un médecin pourra être envisagé.