

CONTRAT PGM - PPL**DÉCLARATION DE SINISTRE INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

Profession exacte au moment du sinistre :

Nom et adresse de votre médecin traitant :

CIRCONSTANCES DE L'ARRÊT DE TRAVAILDate de l'arrêt de travail : Date prévue de reprise du travail :Cause de l'arrêt de travail : Maladie Accident Tentative de suicide
 Tentative d'homicide Grossesse pathologiqueSi maladie : De quelles affections s'agit-il ?

Dates des premiers troubles : Date des premiers symptômes :

Avez-vous souffert dans le passé de cette maladie ?

 OUI NON A quelle(s) date(s) ?Si autres causes : Date et lieu :* Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? OUI NON* Y a-t-il eu des articles de presse ? OUI NON*Si, oui, joindre les documents en votre possession.*Avez-vous été hospitalisé ? OUI NON*Si oui, quand et où (nom et adresse de l'établissement)*

Soins et traitements suivis au moment de l'arrêt de travail :

De quels troubles souffrez-vous actuellement ?

Soins et traitements suivis actuellement :

Intervention chirurgicale subie :

Avez-vous eu d'autres arrêts de travail ? OUI NON*Si oui, indiquez motif(s) et dates* :

Je soussigné(e) : Certifie que les réponses sont exactes et sincères

Signature de l'assuré :

A : le :

A remplir par le médecin traitant

NOM – Prénom de l'assuré :
Depuis quelle date l'assuré est-il votre patient ?
Date des premiers troubles : Date de constatation médicale :
Date de l'arrêt de travail :

DÉFINITION DU RISQUE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)

L'état d'incapacité temporaire totale est reconnu lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré est dans l'impossibilité absolue, continue et complète, pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles habituelles. OUI NON

APRES AVOIR LU LA DEFINITION CI-DESSUS, POUVEZ-VOUS CERTIFIER QUE L'ETAT DE SANTE DE VOTRE PATIENT REpond ENTIEREMENT A LA DEFINITION ?

Maladie Accident Grossesse pathologique Tentative de suicide
 Tentative d'homicide

Précisez les causes (nature de l'affection, coups et blessures) :
.....

Description de l'état de santé actuel :
.....

Soins et traitements en cours :
.....

L'état actuel de l'assuré nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ?

OUI NON

La demande d'allocation pour tierce personne est-elle en cours ? OUI NON

HISTORIQUE DE LA PATHOLOGIE DU PATIENT

* L'assuré a-t-il déjà souffert de la même affection par le passé ? OUI NON

Si oui à quelles dates ?

* Pour quelles maladies, opérations, accidents, l'assuré a-t-il été traité ? et à quelles dates ?
.....

Ces dernières années, l'assuré a-t-il :

⇒ été hospitalisé OUI NON date : motif :
⇒ été opéré OUI NON date : motif :
⇒ suivi un traitement OUI NON date : motif :

L'assuré a-t-il des séquelles d'accidents ou de maladies antérieures, ou d'autres antécédents de santé qui auraient pu favoriser la survenance du sinistre (facteurs de risques ou de fragilisation) OUI NON

Si oui lesquelles et à quelles dates ?

Ces séquelles aggravent-elles l'état actuel de santé ? OUI NON

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

Prévoyez-vous :

une amélioration une aggravation une consolidation une guérison

Dans quels délais (en mois) ?

A : le :

Fait à ma demande lu et approuvé et remis en main propre

Cachet et signature du médecin

L'assuré