

**Assomption Vie**C.P. 160/770, rue Main, Moncton, N.-B., Canada E1C 8L1
Tél.: 506 853-6040 Téléc.: 506 853-5428**Déclaration du Médecin Traitant**

CD-5 Garantie contre la perte de revenu

- Instructions: 1. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie
 2. La partie 1 doit être remplie par le patient
 3. La partie 2 doit être remplie par le médecin
 4. Les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient

Numéro de la police

Nom		Partie 1 : Autorisation du patient		Date de naissance (jour, mois, année)
J'accepte que les renseignements figurant sur le présent formulaire soient communiqués à l'assureur et au titulaire de police				
Signature du patient				Date (jour, mois, année)
Partie 2 : Déclaration du médecin traitant				
1. Diagnostic				
a) Affection principale				
b) Autres troubles ou complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail				
2. a) Les premiers symptômes sont apparus / l'accident est survenu le (jour, mois, année)		b) le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, (précisez et indiquez la date)		
3. L'affection du patient résulte-t-elle d'une blessure ou d'une maladie liée à la nature de son travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé		4. S'il s'agit d'une grossesse, indiquez la date de l'accouchement ou la date prévue de ce dernier (jour, mois, année)		
5. Date d'hospitalisation (jour, mois, année)		Date de sortie (jour, mois, année)		
6. Nature du traitement (p. ex.: genre d'intervention chirurgicale et date)				
7. a) Nom du confrère qui vous a adressé le patient		b) Nom des spécialistes auxquels vous avez adressé le patient		
8. a) Date de la première visite durant le présent arrêt de travail (jour, mois, année)		b) Date de la dernière visite (jour, mois, année)		
c) Suivez-vous régulièrement le patient depuis le début de son invalidité? <input type="checkbox"/> Non, (précisez à la rubrique no 11) <input type="checkbox"/> Oui, (indiquez la fréquence des visites) <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuelles <input type="checkbox"/> Autres (précisez)				
9. a) Le patient a cessé d'exercer ses fonctions en raison de son état de santé actuel du (jour, mois, année)		au (jour, mois, année) inclusivement		
b) S'il n'est pas encore en état de travailler, il devrait pouvoir reprendre le travail vers le (jour, mois, année)		ou dans _____ semaines environ		
10. En quoi l'état de santé actuel du patient réduit-il sa capacité de travail (limitation, intervention chirurgicale envisagée, etc.)?				
11. Commentaires et renseignements pertinents				
Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Spécialité	No de téléphone ()	
Adresse (numero, rue, ville, province, code postale)				Formule approuvée par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.
Signature			Date: (jour, mois, année)	