

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A remplir par le médecin traitant de :
M.

DOSSIER ANNULATION N° Sur adhésion Au nom de :
--

Le présent questionnaire médical est à compléter par le médecin traitant de la personne concernée, et à retourner dans les 8 jours

**Par l'assuré, sous enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil de
OUEST-ASSURANCES, 29, rue ville pépin, BP 125, 35413 SAINT-MALO cedex,**

Accompagné des pièces justificatives suivantes :

En cas d'arrêt de travail : copie du certificat initial et des certificats de prolongation

En cas de maternité : copie de la déclaration initiale (1^{er} certificat prénatal destiné aux Allocations Familiales)

En cas d'hospitalisation : copie des bulletins d'hospitalisation.

Identification du médecin ayant rempli le présent imprimé :

Identification du médecin habituel de l'assuré :

Identification du malade : né(e) le.....

(Merci de répondre impérativement à toutes les questions)

Etes-vous intervenue à la suite d'une maladie ou d'un accident ?.....

S'il s'agit d'un accident :

Date de l'accident : de l'admission en urgence.....

Auprès de quel hôpital ? : (Joindre certificat d'admission)

Nature de l'accident :

.....

S'il s'agit d'une maladie :

Depuis quand suivez-vous l'assuré pour la maladie concernée ?.....

Description sommaire de la maladie :

.....

Date de la première manifestation :

Cette maladie fait-elle l'objet d'un traitement particulier ? :

Si oui, depuis quand ?..... Nature du traitement :

.....

.....

Cette maladie a-t-elle déjà fait l'objet :

D'un arrêt de travail ?..... Si oui, à quelle date ?..... Pour combien de temps ?

D'une hospitalisation ?..... Si oui, à quelle date ?..... Pour combien de temps ?

Une hospitalisation ou intervention chirurgicales était-elle prévue à terme ?

Cachet et signature du Médecin traitant