

RAPPORT MÉDICAL GARANTIE MALADIES REDOUTÉES

À remplir exclusivement par le salarié et à transmettre sous pli confidentiel à :

KLESIA prévoyance
à l'attention du médecin conseil
CS 70011 - 75128 Paris cedex 11

KLESIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES

Une déclaration de sinistre a été faite par la personne ci-dessous désignée, dans le cadre d'une assurance la garantissant contre la survenance d'une affection définie comme « redoutée » au titre de son contrat. Afin de définir la validité de cette demande, nous vous saurions gré de remplir ce rapport médical et de le remettre directement à l'assuré (e) concerné(e).

Nous vous conseillons d'en garder une copie et de ne joindre que des photocopies.

ASSURÉ (E) :

M. Mme Mlle

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

CONTRAT : N° souscrit le

RAPPORT MÉDICAL établi par le Docteur :

Êtes-vous le médecin traitant habituel de l'assuré ? OUI NON

Si oui, depuis quelle date le connaissez-vous

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance

AFFECTION DÉCLARÉE :

.....
.....

DIAGNOSTIC : Date de diagnostic :

À quelle date le patient a-t-il ressenti les premiers signes de la maladie ?

Vous a-t-on consulté pour les symptômes inauguraux de l'affection ? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer la date de la première consultation :

La nature de ces symptômes :
.....

Le patient a-t-il présenté antérieurement une affection apparentée à la maladie actuelle ? OUI NON

Si oui, veuillez donner toutes les précisions :
.....

Le patient a-t-il présenté antérieurement une autre affection ? OUI NON

Si oui, veuillez donner toutes les précisions :
.....
.....

BILAN INITIAL :

Clinique, histologique, biologique, radiologique :

.....
.....
.....
.....

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRATIQUÉS* :

.....
.....
.....
.....

* Joindre SVP une photocopie des comptes rendus opératoires, histologiques, radiologiques, d'hospitalisation, de réunion de concertation....

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance

TRAITEMENT :

Date de l'intervention (initiale)

• Type d'intervention

.....

• But : Diagnostic Curatif Palliatif

Autres traitements : chirurgical, médical, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie :

• Date

• Type, durée et résultats :

.....

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL :

.....
.....
.....

AUTRES OBSERVATIONS :

.....
.....
.....

COORDONNÉES des Médecins, Hôpitaux et Cliniques qui assurent le suivi :

•
•
•

Cachet du Médecin

À, le

Signature du Médecin

