

RAPPORT MÉDICAL GARANTIE MALADIES REDOUTÉES

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

KLESIA

À l'attention du Médecin Conseil - Service Médical

TSA 20202

69307 LYON CEDEX

KLESIA
Pro

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

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 PRATIQUÉS¹

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

