

# Premier rapport médical concernant l'incapacité de travail

## Prévoyance privée

### 1. Personne assurée

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Rue/n°	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	N° police	<input type="text"/>

### 2. Cause de l'incapacité de travail

#### Définition incapacité de travail:

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'incapacité de travail est évaluée sur la base d'informations médicales. Il revient donc au médecin traitant de constater de façon compréhensible dans quelle mesure la personne assurée est limitée en raison de ses affections.

Extrait des antécédents médicaux depuis:

2.1 Cause de l'incapacité de travail?  Maladie  Maladie professionnelle  Accident  Grossesse

	Quand exactement les premiers symptômes sont-ils apparus?	Diagnostics et codes CIM
Maladie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
	Date accident	Type d'accident
Accident	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

2.2 La personne assurée a-t-elle déjà été malade auparavant pour la même affection?  Oui  Non

Si oui, du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 La personne assurée a-t-elle déjà été sous traitement médical auparavant pour la même affection?  Oui  Non

Si oui, du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom/adresse médecin traitant



2.4 La personne assurée a-t-elle déjà été en incapacité de travail auparavant pour la même affection?  Oui  Non

	<b>Si oui, du</b>	<b>au</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.5 S'agit-il d'une rechute?  Oui  Non

**Si oui, merci de préciser**

  


2.6 Les affections sont-elles explicables sur la base des résultats de l'examen?  Oui  Non

**Si non, merci de préciser**

  


2.7 Un examen par un médecin spécialisé est-il préconisé ou déjà prévu?  Oui  Non

**Nom/adresse médecin**

**Date**

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

.....

### 3. Traitement ambulatoire

	du	au	Date dernier contrôle		
<b>Par vous-même</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<b>Avant vous</b> par le docteur	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<b>depuis</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
<b>Après vous</b> par le docteur	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<b>depuis</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

.....

### 4. Traitement avec hospitalisation/cure

**Nom/adresse clinique/hôpital**

  


**du**  **au**



.....  
**5. Anamnèse**

5.1 Déroulement chronologique, thérapie mise en place jusqu'alors:

[Blank area for chronological development and therapy]

5.2 Symptômes actuels/état actuel:

[Blank area for current symptoms and state]

5.3 Pronostic:

[Blank area for prognosis]

.....  
**6. Type et étendue du traitement actuel**

6.1 Médication actuelle (y compris dosage):

[Blank area for current medication]

6.2 Recommandation pour la thérapie future:

[Blank area for future therapy recommendation]



.....

### 7. Incapacité de travail

7.1 Degré et durée de l'incapacité de travail concernant le travail ou l'activité exercés jusqu'alors:

%	du	au	%	du	au
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

7.2 Quelles restrictions s'appliquent à quel genre d'activité concernant la personne assurée?

7.3 Le présent rapport médical constitue-t-il le certificat final?  Oui  Non

7.4 Prochain certificat médical:  dans 4 semaines  dans 3 mois  dans semaines:

.....

### 8. Reprise du travail ou de l'activité exercés auparavant

8.1 Peut-on s'attendre à une reprise du travail ou de l'activité ou à une augmentation de la capacité de travail?  Oui  Non

**Si oui, %, à partir du**

8.2 Des mesures professionnelles sont-elles préconisées?  Oui  Non

**Si oui, lesquelles et par qui?**

.....

### 9. Autre travail ou activité raisonnablement exigible

9.1 Un autre travail ou une autre activité raisonnablement exigible sont-ils envisageables?  Oui  Non

**Si oui, lequel et dans quelle mesure?**



9.2 Un nouveau travail ou une nouvelle activité sont-ils déjà exercés?  Oui  Non

**Si oui, lequel et dans quelle mesure?**

9.3 Restriction liée à la santé dans le nouveau travail ou dans la nouvelle activité? Doit-on s'attendre à des séquelles définitives?  Oui  Non

**Si oui, de quel genre?**

.....

### 10. Autres assurances

Le cas de prestation a-t-il été annoncé à une autre compagnie d'assurance suisse ou étrangère?  Oui  Non

	Nom/adresse	Date de dépôt
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Assurance accidents	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Assurance militaire	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Autre assurance	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

.....

### 11. Informations supplémentaires, compléments, propositions

**Honoraires médicaux:** Rapport succinct CHF 60.00 / rapport plus détaillé CHF 80.00 / rapport très complet CHF 140.00

.....

### 12. Signature

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies.

<b>Lieu/date</b>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Signature/ timbre médecin</b>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>
------------------	---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

