



AVANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITES ACTUELLE

• **Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?** Oui  Non   
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_  
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_

• **Avez-vous déjà été opéré(e) ?** Oui  Non   
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_  
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_

• **Avez-vous déjà suivi des traitements en rapport ou non avec l'interruption d'activités actuelle ?** Oui  Non   
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Lesquels : \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_  
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Lesquels : \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

• **Avez-vous eu des arrêts de travail pour raison de santé ?** Oui  Non   
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Nature de l'affection : \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ jours  
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Nature de l'affection : \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ jours  
 Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Nature de l'affection : \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ jours

• **Avez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ?** Oui  Non   
 Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_ Lesquelles : \_\_\_\_\_

Indiquez : votre taille \_\_\_\_\_ cm votre poids actuel \_\_\_\_\_ kg Vous êtes : droitier  gaucher

MOTIF DE L'INTERRUPTION D'ACTIVITES ACTUELLE : ACCIDENT Oui  Non  MALADIE Oui  Non

Vous complétez également et précisément la page 4 de ce document.

• **S'il s'agit d'un accident**, précisez la date de cet accident : \_\_\_\_\_

• **S'il s'agit d'une rechute** d'accident antérieur ? Précisez la date du 1<sup>er</sup> accident : \_\_\_\_\_  
 Décrivez les circonstances de l'accident ou de la rechute et joignez les documents relatant les faits et la nature des blessures : \_\_\_\_\_

• **S'il s'agit d'une maladie**, à quelle date avez-vous ressenti les premiers troubles : \_\_\_\_\_  
 A quelle date avez-vous consulté un médecin pour la 1<sup>ère</sup> fois : \_\_\_\_\_  
 Précisez ces troubles : \_\_\_\_\_

DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INTERRUPTION D'ACTIVITES ACTUELLE

• **Si vous avez déjà eu des examens :**  
 de laboratoire  de radiologie  IRM  doppler  scanner  épreuve d'effort   
 Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la date et joignez la copie des résultats ou comptes rendus\* :  
 Date : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_

• **Si vous avez déjà été hospitalisé(e)**, précisez la date, le motif et joignez la copie du compte rendu d'hospitalisation\* :  
 Date : \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

• **Si vous avez déjà été opéré(e)**, précisez la date, la nature de l'opération et joignez la copie du compte rendu opératoire\* :  
 Date : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

• **Quels traitements suivez-vous actuellement ?** (joindre les copies des ordonnances)  
 Précisez le nom des médicaments et la dose prescrite : \_\_\_\_\_

\* ne pas renvoyer des documents déjà adressés à CNP Assurances

Je soussigné(e), déclare les réponses ci-dessus complètes et sincères. Je suis avisé(e) que la réponse à ce questionnaire est essentielle. A défaut de réponse, CNP Assurances pourrait être amenée à suspendre sa garantie.

A \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e)

Nombre de documents joints : \_\_\_\_\_

**MOTIF DE L'INTERRUPTION D'ACTIVITES ACTUELLE**

Première constatation médicale de l'affection le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Etat définitif et consolidé le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Début de prise en charge thérapeutique le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Date d'interruption d'activités actuelle le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Diagnostic de l'affection motif de l'interruption en cours : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Etat clinique actuel de votre patient : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Traitements récents et en cours : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AVANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITES ACTUELLE, votre patient a-t-il eu, en liaison ou non avec l'affection actuelle**

- des arrêts de travail pour raison de santé : Oui  Non   
 Si oui, à quelle date ? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Motif : \_\_\_\_\_ Durée [ ] [ ]  
 Si oui, à quelle date ? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Motif : \_\_\_\_\_ Durée [ ] [ ]
- des examens complémentaires : Oui  Non  à quelle date ? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Lesquels : \_\_\_\_\_
- des hospitalisations : Oui  Non  à quelle date ? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Motifs : \_\_\_\_\_
- des interventions chirurgicales : Oui  Non  à quelle date ? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Lesquelles : \_\_\_\_\_
- D'autres affections (ou séquelles d'accident ou de maladie) aggravant ou non l'état actuel ? Oui  Non   
 Affection : \_\_\_\_\_ Date d'apparition [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Nature du traitement : \_\_\_\_\_ Date de début [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Date de fin [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Affection : \_\_\_\_\_ Date d'apparition [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Nature du traitement : \_\_\_\_\_ Date de début [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Date de fin [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**MESURES THÉRAPEUTIQUES ENVISAGÉES, en préciser les échéances :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EXERCICE PROFESSIONNEL/ACTIVITES HABITUELLES :**

- L'assuré(e) a repris une activité professionnelle/ses activités habituelles :  
 à temps partiel  à mi-temps thérapeutique  en reconversion  à temps complet   
 depuis le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- L'assuré(e) sera capable de reprendre son activité professionnelle/ses activités habituelles :  
 Partiellement : Oui  Non  Totalement : Oui  Non   
 Si oui, dans [ ] [ ] mois  
 Si non, l'assuré(e) pourrait reprendre une autre activité professionnelle :  
 Partiellement : Oui  Non  Totalement : Oui  Non  Adaptée : Oui  Non  dans [ ] [ ] mois

**AUTONOMIE DE L'ASSURÉ(E) :**

- L'assuré(e) a besoin d'une aide permanente pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne :  
 se déplacer  se laver  s'habiller  s'alimenter
- Cette aide permanente est définitive (viagère) depuis le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Une allocation pour tierce personne est-elle en cours de demande ? Oui  Non

DOCUMENT ETABLI À LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMIS EN MAIN PROPRE POUR FAIRE VALOIR CE QUE DE DROIT

A \_\_\_\_\_ le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Signature du médecin

Cachet du médecin

