

DÉCLARATION DU MÉDECIN – EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

Nom du patient : _____

Description complète de la blessure subie : _____

DATE

des premiers
soins : _____

J / M / A

de la perte
actuelle : _____

J / M / A

Est-ce que la perte est permanente et irrémédiable ? Veuillez indiquer le degré de perte.

Est-ce qu'une maladie quelconque ou une blessure précédente a contribué à la perte ? () Non () Oui – Si oui, veuillez préciser.

Est-ce que le demandeur a été hospitalisé ? () Non () Oui – Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital et la date d'admission.

Nom et adresse de tout autre médecin ou chirurgien, le cas échéant, qui a traité le demandeur.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS.

DATE : _____ SIGNATURE : _____ (M.D.)

ADRESSE : _____

AUTORITÉ OFFICIEL DU PLAN

Nom du réclamant: _____

Nom du groupe: _____

Le blessure c'est elle produit durant la participation d'un programme autorisé? Oui _____ Non _____

Veuillez élaborer: _____

Date : _____
(JJ/MMM/AAAA)

Signature: _____

Titre: _____

No de téléphone.: _____