

# 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

# KLÉSIA 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  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**

