

# 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

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, les informations transmises via ce questionnaire médical simplifié sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Ces données sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les informations que vous nous communiquez sont destinées au Médecin conseil ainsi qu'aux personnels strictement habilités du groupe de protection sociale KLESIA. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : klesia-Service INFO CNIL 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS ou par courrier à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

