

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

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 :

FAIT À _____

LE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à CARCEPT PREV en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, aux membres des GIE, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO, ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

