

Questionnaire à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Assurances, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° adhérent :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Dossier suivi par : **Le Service Médical**



Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret médical.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT DECLARE (joindre le certificat médical initial)

Taille :	Poids :
Tension artérielle : /	Date : <input type="checkbox"/> Traitée <input type="checkbox"/> Non traitée
Date et circonstances de survenue
Descriptif des lésions initiales (joindre le certificat médical initial)
Existence d'antécédents
Histoire évolutive
Nature, durée et résultats des traitements y compris chirurgicaux (joindre les comptes rendus)
Dates et durées des hospitalisations (joindre les comptes rendus)
Date de guérison ou de consolidation (s'il y a lieu)	Date effective : Date envisagée :
Existence de complications Suites ou séquelles (évolutives ou non)

Nom/Prénom : N° adhérent :

Etat actuel Pronostic
Durées des arrêts de travail
Le patient est-il en invalidité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quelle catégorie, quel taux :
Perçoit-il une rente consécutive à cet accident ? (joindre copie de la notification)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Important

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Les honoraires du ou des questionnaires médicaux que vous venez de remplir sont remboursés sur la base :

- d'une consultation (1c) pour un généraliste,
- d'une consultation (1cs) pour un spécialiste.

Date :

Signature :

Cachet du médecin

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

