



ATTESTATION MEDICALE D'ETAT DE DEPENDANCE

Vous avez demandé à bénéficier des prestations pour dépendance prévues par votre contrat d'assurance souscrit auprès de CNP Assurances.

Pour faciliter l'étude de votre dossier, CNP Assurances vous invite à remplir intégralement et avec le plus grand soin cette attestation. Des réponses claires et complètes accéléreront le traitement de votre dossier.

A votre demande, un médecin peut utilement vous aider à compléter ce document.

Vous êtes invités à joindre les justificatifs en votre possession qui aideront au traitement de votre dossier (*copie des comptes-rendus d'examen, d'opération, de consultation, d'hospitalisation, les ordonnances*).

Ce document est à adresser à <i>ASAC FAPES</i> qui le transmettra à la CNP.	
31 rue des Colonnes du Trône 75 603 PARIS cedex 12	
<i>Cachet de l'organisme collectivité ou partenaire</i>	<i>Référence du contrat : 7451 Z</i> <i>N° de la Collectivité : 889690</i>

Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre ce document complété et signé, sous pli fermé secret médical, à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances
Service médical d'assurances TSA 77763 - 75716 PARIS cedex 15

VOTRE IDENTITE - À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom (pour une femme, nom de jeune fille).....	
Nom d'épouse	Prénom.....
Date de naissance	Lieu de naissance
Adresse actuelle.....	
Lieu d'hébergement si différent	
Code postal Ville	
<u>Profession exercée au moment du sinistre ou ancienne profession :</u>	
<input type="checkbox"/> 1 - Agriculteur exploitant.	
<input type="checkbox"/> 2 - Artisan, commerçant, chef d'entreprise	
<input type="checkbox"/> 3 -Cadre, profession intellectuelle supérieure	
<input type="checkbox"/> 4 -Profession intermédiaire, technicien, agent de maîtrise	
<input type="checkbox"/> 5 - Employé	
<input type="checkbox"/> 6 - Ouvrier (y compris ouvrier agricole)	
<input type="checkbox"/> 7 - Retraité depuis : / / .	

A remplir par le médecin à la demande de l'assuré

L'état de santé de l'assuré lui permet-il d'effectuer les actes de la vie quotidienne ?

Cocher la case dans la colonne correspondant aux possibilités habituelles de l'assuré

Poids : Taille : Assuré(e) : Droitier Gaucher

Acte de la vie quotidienne	Peut être réalisé seul(e)	avec une aide partielle	avec une aide totale	Depuis le :
I – De s'alimenter	<input type="checkbox"/> repas déjà préparé	<input type="checkbox"/> couper les aliments	<input type="checkbox"/> porter les aliments à la bouche <input type="checkbox"/> alimentation artificielle	/ / 20
II – De s'habiller	<input type="checkbox"/> enfiler les vêtements mis à disposition	<input type="checkbox"/> boutonner les vêtements <input type="checkbox"/> lacer les chaussures	<input type="checkbox"/> enfiler chaque vêtement	/ / 20
III – De faire sa toilette et les fonctions d'élimination	<input type="checkbox"/> dans une salle d'eau équipée et adaptée	<input type="checkbox"/> laver certaines parties du corps <input type="checkbox"/> le bain ou la douche	<input type="checkbox"/> l'hygiène quotidienne	/ / 20
	<input type="checkbox"/> bonne continence <input type="checkbox"/> changement de garniture effectué	<input type="checkbox"/> en cas d'accident par incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> tous les soins liés à une incontinence (urinaire, fécale)	
IV – De se déplacer • De changer de position • A l'intérieur du domicile • A l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/> sans aucune aide <input type="checkbox"/> appui sur canne	<input type="checkbox"/> le lever et le coucher <input type="checkbox"/> utiliser un déambulateur	<input type="checkbox"/> tout déplacement à l'intérieur du lieu d'habitation <input type="checkbox"/> chaque changement de position	/ / 20
	<input type="checkbox"/> sans aucune aide	<input type="checkbox"/> se lever <input type="checkbox"/> se coucher <input type="checkbox"/> s'asseoir	<input type="checkbox"/> pour tous les changements de position	
	<input type="checkbox"/> sans aucune aide	<input type="checkbox"/> monter les escaliers <input type="checkbox"/> descendre les escaliers	<input type="checkbox"/> le moindre déplacement <input type="checkbox"/> déplacement en fauteuil	
	<input type="checkbox"/> sans aucune aide ou surveillance	<input type="checkbox"/> marcher sur terrain accidenté	<input type="checkbox"/> marcher sur terrain plat <input type="checkbox"/> éviter les dangers	/ / 20
V – De s'orienter dans le temps et l'espace, d'être cohérent	<input type="checkbox"/> bon repérage dans le temps et les lieux <input type="checkbox"/> comportement adapté à l'environnement	<input type="checkbox"/> pour s'orienter <input type="checkbox"/> reconnaître ses interlocuteurs <input type="checkbox"/> suppléer à quelques troubles de mémoire <input type="checkbox"/> être stimulé pour effectuer les actes de la vie quotidienne	du fait de : <input type="checkbox"/> perte totale de repères (temps, espace) <input type="checkbox"/> oubli systématique des heures de repas <input type="checkbox"/> comportement dangereux pour lui-même ou les autres	/ / 20

Document établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

A _____ le _____

Signature

Cachet du médecin

Les honoraires éventuels sont à la charge de l'assuré

ATTESTATION MEDICALE

A remplir par le médecin à la demande de l'assuré

(Joindre copie des comptes-rendus, ordonnances, certificats médicaux)

■ Ces 10 dernières années l'assuré(e) a-t-il (elle) ?

- Bénéficié d'un traitement oui non Quand ?
Si oui lesquels?
- Été hospitalisé(e) oui non Quand ?
Si oui pourquoi ?
- Été opéré(e) oui non Quand ?
Si oui pourquoi ?

■ Quelles sont actuellement les pathologies à l'origine de la perte d'autonomie ?

- S'agit-il d'un accident ?** OUI NON date | _____ |
- Si OUI, nature de l'accident :
- Existe-t-il des séquelles d'accidents OUI NON depuis quelle date | _____ |
- Lesquelles ?

S'agit-il d'une maladie ? OUI NON

- Affection, motif principal de la dépendance : Date du diagnostic .. | _____ |
- Décrire l'état de santé actuel :
- Existe-t-il des maladies antérieures qui aggravent l'état de santé actuel ? Dates du diagnostic
 OUI NON Si oui, lesquelles ?
-
-
-
- Autre(s) affection(s) en cours de surveillance ou de traitement
-
-
- Examens complémentaires, traitements médicaux, chirurgicaux ou autres, hospitalisations et résultats (*joindre copie des résultats et compte rendus*) :
dates
-
-
-

■ L'état de dépendance est-il ?

- définitif : OUI NON Si OUI depuis le | _____ |
- susceptible d'aggravation : OUI NON

Document établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

A _____ le _____

Signature

Cachet du médecin

Les honoraires éventuels sont à la charge de l'assuré

Situation de l'assuré

Merci de joindre les justificatifs en votre possession,
en particulier ceux demandés dans le cadre du contrat souscrit

■ De quel organisme de protection sociale obligatoire relève-t-il ?

S.S MSA CANCAVA ORGANIC AUTRE :

■ Quelles sont les prestations dont il bénéficie :

- d'une exonération du ticket modérateur (ALD) si OUI, depuis (date de 1° attribution) |__/__/__|
- d'indemnités journalières : maladie , accident de travail si OUI depuis le |__/__/__|
- d'une pension d'invalidité si OUI depuis le |__/__/__|
- d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle si OUI depuis le |__/__/__|
- d'une pension COTOREP si OUI depuis le |__/__/__|
- de l'assistance d'une tierce personne rémunérée si OUI depuis le |__/__/__|
Pour |__| heures par trimestre depuis le |__/__/__|
- de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) si OUI depuis le |__/__/__|
Dans quel groupe GIR êtes-vous classé ? |__| depuis le |__/__/__|
- des services de soins médicaux à domicile depuis le |__/__/__|

■ Quelles sont ses conditions de vie actuelles ?

- A domicile non oui
Si oui vit-il seul ? non oui
- En maison de retraite non oui depuis le |__/__/__|
- Hébergé en section de cure médicale non oui depuis le |__/__/__|
- Hébergé dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées ou invalides ?
 non oui depuis le |__/__/__|
- Hospitalisé en unité de long séjour destinée aux personnes, dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien ? non oui depuis le |__/__/__|
- Autre ?

REMARQUES :

.....

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue du traitement de ma demande, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'assureur qui en est responsable dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.

Dans le cas où je fais le choix de ne pas transmettre les données relatives à ma santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CNP Assurances, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à ma santé que je peux exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances

A _____ le _____ Signature de l'assuré(e)

A défaut, qualité du signataire :