



Prudential

Assurance invalidité collective

The Prudential Insurance Company of America

Disability Management Services

P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176

Téléphone : 1-800-842-1718 télécopieur : 1-877-889-4885

www.prudential.com/mybenefits

Déclaration du médecin traitant

1

Renseignements sur l'employé(e)

Nom de l'employé(e)

Numéro de contrôle (obligatoire)

Prénom de l'employé(e)

Initiale

Nom de famille

Numéro de la demande

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance (MM JJ AAAA)

Genre

☐ Masculin ☐ Féminin

Par la présente, j'autorise la divulgation des renseignements demandés dans ce formulaire par le médecin mentionné ci-dessous aux fins du traitement de la demande.

Signature de l'employé(e)

X

Date (MM JJ AAAA)

L'employé est responsable de remplir ce formulaire sans frais pour Prudential.

2

À remplir par le médecin traitant

Diagnostic clinique

Code CIM requis

Date présumée de l'accouchement (MM JJ AAAA)

Date effective de l'accouchement (MM JJ AAAA)

Primaire :

Secondaire :

Date à laquelle une perte importante de fonction s'est produite : (MM JJ AAAA)

Secondaire :

Pensez-vous que le demandeur a la capacité d'endosser des chèques et de décider de l'utilisation des fonds? ☐ Oui ☐ Non

Date cible du retour au travail (MM JJ AAAA)

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

☐ Avec des limitations (perte de fonctions)

Veuillez décrire le plan de retour au travail et indiquer les limitations correspondantes :

Veuillez décrire tout obstacle médical au retour au travail :

Nature de la déficience médicale (c.-à-d., perte de fonction) :

Y a-t-il des facteurs non médicaux qui ont une incidence importante sur les capacités fonctionnelles (c.-à-d. interpersonnelles, financières, familiales)?

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à cette invalidité :

Liée au travail

☐ Oui ☐ Non

Accident

☐ Oui ☐ Non

Maladie

☐ Oui ☐ Non

Maternité

☐ Oui ☐ Non

Accident de véhicule

☐ Oui ☐ Non

S'il s'agit d'un accident de véhicule, dans quel Etat s'est-il produit?

Autres médecins traitants ou consultants :

Prénom

Nom de famille

Spécialité

Numéro de téléphone





Prudential

Prénom de l'employé(e)

Initiale

Nom de famille

Numéro de la demande

Date de naissance (MM JJ AAAA)

Numéro d'assurance sociale de l'employé(e)

2 Déclaration du médecin traitant (suite)

Autres médecins traitants ou Consultants

Prénom

Nom de famille

Domaine de spécialisation

Numéro de téléphone

Date de l'intervention chirurgicale (MM JJ AAAA)

Examens médicaux et interventions chirurgicales pertinents effectués (veuillez préciser) :

Médicaments, traitements et pronostic actuels :

Première visite (MM JJ AAAA)

Dernière visite (MM JJ AAAA)

Prochaine visite (MM JJ AAAA)

Est-ce que le(la) demandeur(eresse) était hospitalisé(e)?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital :

Du (MM JJ AAAA)

Au (MM JJ AAAA)

3 Renseignements sur le médecin

Prénom

Initiale

Nom de famille

Numéro de téléphone principal

Télécopieur

Adresse du bureau

Suite

Ville

État

Code postal

Domaine de spécialisation





Prudential

Prénom de l'employé(e)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Initiale

--

Nom de famille

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance (MM JJ AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'assurance sociale de l'employé(e)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Avertissement concernant la fraude

Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de léser, de frauder ou de tromper un assureur ou autre personne, ou sachant qu'elle facilite la perpétration d'une fraude, soumet ou de l'information incomplète, fausse, frauduleuse, trompeuse ou mensongère lorsqu'elle dépose une demande d'assurance ou un relevé de réclamation en vue de remboursement d'une perte ou de paiement d'une prestation commet un acte d'assurance frauduleux, est coupable ou passible de culpabilité d'une infraction et pourra subir une poursuite, des pénalités ou des peines aux termes des lois de l'État applicables. Les pénalités en ce sens pourront comprendre des amendes, des réparations civiles et des sanctions criminelles, y compris une incarcération. De plus, un assureur pourra refuser des prestations d'assurance si le(la) demandeur(eresse) avait fourni de l'information fausse substantiellement liée à une réclamation ou avait dissimulé de l'information concernant tout fait appréciable à cet égard dans le but de tromper ou de mentir.

J'ai lu et compris les conditions de l'avertissement de fraude et je certifie que les déclarations ci-dessus sont vraies.

Signature du médecin

X

Date (MM JJ AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

© 2021 Prudential Financial, Inc. et ses entités apparentées.

Prudential, le logo The Prudential et le logo du Rocher sont des marques de service déposées de Prudential Financial, Inc. et de ses entités apparentées, enregistrées dans de nombreux pays à travers le monde.

Les communications écrites futures provenant de Prudential Insurance Company of America, dont les ententes contractuelles et les renseignements d'entretien de police, seront rédigées en anglais. D'autres documents pourront aussi être rédigés en anglais.

