RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

200 – 3131 Pitfield Blvd.
Saint-Laurent, QC H4S 1N3
Tel: (514) 931-7859 Ext 227

CETTE FORMULE DOIT ÊTRE REMPLIE
1) LORSQUE VOUS RÉCLAMEZ POUR DES PRESTATIONS PERTE DE SALAIRE À COURT TERME, **OU**
2) LORSQUE VOUS DÉSIREZ QUE VOTRE PÉRIODE D'INCAPACITÉ SOIT COMPTÉE COMME UNE PÉRIODE DE TRAVAIL.

DÉCLARATION DU MARIN

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS

NOM DU MARIN	Nº D'UNION				NOM DE LA COMPAGNIE	NOM DU DERNIER NAVIRE
Nº D'ASSURANCE SOCIALE	ÂGE	J	M	A	CLASSIFICATION	DERNIER JOUR DE TRAVAIL
ADRESSE			APP.		LA MALADIE OU L'ACCIDENT EST-IL ARRIVÉ À BORD DU NAVIRE? OUI ☐ NON ☐	
VILLE	PROV.	CODE POSTAL			SI CE FUT UN ACCIDENT DE TRAVAIL, AVEZ-VOUS AVISÉ LA COMPAGNIE, LE CAPITAINE OU L'OFFICIER DE SERVICE? OUI ☐ NON ☐	
Nº TÉLÉPHONE ( ) -	NOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE				SI NON, LA RAISON	
EST-IL (ELLE) MARIN AUSSI?	SI OUI, Nº D'UNION				AVEZ-VOUS FAIT APPLICATION POUR DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-CHÔMAGE? OUI ☐ NON ☐	
NOMS DES ENFANTS DÉPENDANTS	ÂGE	J	M	A	**DÉSIREZ-VOUS FAIRE APPLICATION POUR DES PRESTATIONS PERTE DE SALAIRE À COURT TERME?** OUI ☐ NON ☐	
					SI OUI, VEUILLEZ INCLURE UNE LETTRE DE L'ASSURANCE-CHÔMAGE INDIQUANT LA PÉRIODE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ REÇU LEURS PRESTATIONS. SI VOTRE RÉCLAMATION A ÉTÉ REFUSÉE PAR L'ASSURANCE-CHÔMAGE, VEUILLEZ INCLURE LEUR LETTRE DE REFUS.	

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE TOUTES LES RÉPONSES CI - DESSUS SONT VRAIES, EXACTES ET COMPLÈTES.

LE RÉGIME MÉDICAL DES MARINS SE RÉSERVE LE DROIT DE FAIRE EXAMINER LE MARIN PAR UN MÉDECIN DE SON CHOIX AVANT DE LUI ACCORDER DES PRESTATIONS PERTE DE SALAIRE OU DE COMPTER SES JOURS D'INCAPACITÉ COMME DES JOURS DE TRAVAIL.

SIGNATURE DU MARIN _____ DATE _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PATIENT	ÂGE	NO D'ASSURANCE - MALADIE

DIAGNOSTIC (DÉCRIRE COMPLICATIONS S'IL Y A LIEU)

EN CAS D'HOSPITALISATION, NOM DE L'HÔPITAL	DATES DE L'HOSPITALISATION

TRAITEMENTS ET/OU MÉDICAMENTS PRESCRITS
RÉACTION AU TRAITEMENT
SI RÉFÉRÉ CHEZ UN SPÉCIALISTE, DONNEZ LE NOM ET L'ADRESSE
DATE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION POUR CETTE CONDITION
DATES DES VISITES SUBSÉQUENTES

LA DURÉE D'INCAPACITÉ DU PATIENT A ÉTÉ DU:	AU:
SI ENCORE EN ÉTAT D'INCAPACITÉ, DATE APPROXIMATIVE DU RETOUR AU TRAVAIL	

NOM DU MÉDECIN _____ SPÉCIALISTE ACCRÉDITÉ? _____
(LETTRES MOULÉES S.V.P.)

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS FOURNIES SONT VRAIES, EXACTES ET COMPLÈTES.

DATE _____ 199____ SIGNATURE _____

ADRESSE _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL