



RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

1333 ST-JACQUES
MONTRÉAL, QUÉBEC H3C 4K2
TÉL : (514) 931-7859

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		N° D'UNION			NOM DE LA COMPAGNIE		NOM DU DERNIER NAVIRE	
N° 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
VILLE		PROV.	CODE POSTAL		SI CE FUT UN ACCIDENT DE TRAVAIL, AVEZ-VOUS AVISÉ LA COMPAGNIE, LE CAPITAINE OU L'OFFICIER DE SERVICE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
N° TÉLÉPHONE () -	NOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE			SI NON, LA RAISON :				
EST-IL (ELLE) MARIN AUSSI?		SI OUI, N° D'UNION :			AVEZ-VOUS FAIT APPLICATION POUR DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-CHÔMAGE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
NOMS DES ENFANTS DÉPENDANTS		ÂGE	J	M	A	DÉSIREZ-VOUS FAIRE APPLICATION POUR DES PRESTATIONS PERTE DE SALAIRE À COURT TERME? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
						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 _____

(LETTRES MOULÉES S.V.P.)

SPÉCIALISTE ACCRÉDITÉ? _____

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 _____