

5. Médecins consultés pour l'état de dépendance

Nom	Adresse	N° téléphone	Date Année / Mois/ Jour

5.1 L'assuré a-t-il été hospitalisé ou a-t-il séjourné dans un autre établissement au cours des 90 derniers jours? Oui Non

Nom	Adresse	Du Année / Mois/ Jour	Au Année / Mois/ Jour

5.2 Si l'assuré n'a pas séjourné dans un hôpital ou un centre hospitalier, donnez les raisons :

5.3 Liste des aides-soignants qui actuellement vous prêtent assistance dans les activités quotidiennes (inclure les professionnels de la santé, les amis, les membres de votre famille).

Nom	Professionnel de la santé?	Adresse	N° téléphone	Date	Description de l'assistance
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

6. Cochez les activités de la vie quotidienne que l'assuré ne peut habituellement accomplir sans l'aide d'une autre personne selon les définitions du contrat.

- Prendre son bain, à compter de quelle date :** _____
La capacité de se laver dans un bain ou une douche, incluant le fait d'entrer et de sortir du bain ou de la douche; ou à l'éponge.
- Se vêtir, à compter de quelle date :** _____
La capacité de mettre, d'enlever, de boutonner et de déboutonner tous les vêtements nécessaires, incluant la pose d'appareils orthopédiques, de membres artificiels ou de tout autre accessoire chirurgical.
- Effectuer certains déplacements, à compter de quelle date :** _____
La capacité de se déplacer vers un lit, de s'y coucher et d'en sortir et la capacité de s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et de s'en lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- Aller aux toilettes, à compter de quelle date :** _____
La capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir après y avoir effectué son hygiène personnelle complète.
- Être continent, à compter de quelle date :** _____
La capacité de contrôler ses fonctions intestinales et vésicales, avec ou sans matériel de protection pour incontinence ou dispositif chirurgical, de telle sorte qu'un niveau adéquat d'hygiène est maintenu.
- Se nourrir, à compter de quelle date :** _____
La capacité de consommer par soi-même des aliments et des boissons qui ont été préparés et servis par d'autres personnes.

Je, soussigné, certifie par les présentes que les réponses aux questions susmentionnées sont, au meilleur de ma connaissance, exactes, complètes et qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

Signature du témoin

Signature de l'assuré ou de son mandataire

Signature du preneur

Dans ce formulaire, le genre masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte