
Sa A o a e k

Nos médecins de la commission médicale vous prient de bien vouloir leur faire parvenir des informations sur l'état de santé de Monsieur (Madame)

<i>Dr.</i>	<i>né/e le:</i>
------------	-----------------

qui désire adhérer à notre Caisse et vous a désigné/e comme médecin de référence.

<p>1. Depuis quand connaissez-vous le/la requérant/e ?</p> <hr/>
<p>2. Vous connaissez-vous des troubles de santé et/ou une réduction de capacité de travail pour raisons de santé ?</p> <hr/>
<p>3. Si oui, pour quel genre de maladie/d'accident (résultats, diagnostic, date, durée) ?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4. Connaissiez-vous, dans son genre d'existence, des facteurs nuisibles à la santé (par exemple abus de substances, stress psychosocial et/ou autres risques)</p> <hr/>
<p>5. Proposez-vous un examen personnel et un rapport par un médecin-conseil spécial ?</p> <hr/>
<p>6. Observations :</p> <hr/> <hr/>

Le/la soussigné/e déclare avoir répondu consciencieusement aux questions hors de toute considération personnelle pour le/la candidat/e.

Lieu et date: _____

Signature : _____

Le/la requérant/e a signé la demande d'admission à la Caisse et autorise le Comité du Conseil d'administration à solliciter des renseignements sur son état de santé (art. 2 al. 1 des Conditions Générales).

Vous trouverez sur le site www.cmms.ch le formulaire que vous pourrez télécharger et imprimer.