

**PLI A REMETTRE A VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_

N° du contrat :

N° du sinistre : PB/\*\*\*

Examen de l'assuré(e) (merci de rayer les mentions inutiles):

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Peut-il se lever seul, se coucher seul ?   | Oui | Non |
| 2. Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ?  | Oui | Non |
| 3. Peut-il se déplacer seul dans son logement ?<br>(Y compris en fauteuil roulant)              | Oui | Non |
| 4. Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ?                       | Oui | Non |
| 5. Pourrait-il se lever en cas de chute ?   | Oui | Non |
| 6. Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ?                                     | Oui | Non |
| 7. Peut-il se vêtir ou se dévêtir seul ?  | Oui | Non |
| 8. Peut-il manger et boire seul ?   | Oui | Non |
| 9. A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ?                                 | Oui | Non |
| 10. Peut-il mettre seul un appareil orthopédique ?  | Oui | Non |
| 11. En cas de troubles psychiques, présente t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ? | Oui | Non |

L'état de l'assuré(e) justifie le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Oui      Non

Date

Signature et Cachet du Médecin