

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – REEMPLACEMENT VALVULAIRE CARDIAQUE

Il faut soumettre les signatures originales à l'Empire Vie.

À remplir par le patient.

Nom du patient (en lettres moulées)	Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance (jj/mmm/aa)		Numéro de police	
Adresse actuelle	Rue	Ville	Province
Code postal			
J'autorise par les présentes la divulgation à mon assureur, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, ou à ses réassureurs de toute information demandée relativement à cette demande de règlement.			
Signature du patient			Date (jj/mmm/aa)
Le patient est responsable des frais engagés pour remplir le présent formulaire.			

À faire remplir par le médecin qui traite le patient.

1.	a) Quel est le diagnostic?
	b) Quel traitement a été effectué en raison de ce diagnostic?
2.	a) À quelle date votre patient a-t-il présenté les premiers symptômes? (jj/mmm/aa)
	b) Veuillez les décrire.
3.	a) Quand votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? (jj/mmm/aa)
	b) Est-ce que votre patient a déjà souffert d'un infarctus du myocarde ou de tout trouble prédisposant?
4.	Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patiente?

5. a) À quelle date le patient a-t-il été informé la première fois de la nécessité d'un remplacement valvulaire cardiaque? (jj/mmm/aa)
Qui l'a avisé?

b) Veuillez fournir les noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que votre patient a consulté pour cet état ou toute autre condition connexe.

6. a) Veuillez préciser la date à laquelle le remplacement valvulaire cardiaque a été effectué. (jj/mmm/aa)

b) Veuillez fournir une copie du rapport de chirurgie et des détails de la valvule en question.

7. Y a-t-il des antécédents familiaux de coronaropathie? Veuillez fournir les détails.

8. Veuillez préciser tous les autres détails et antécédents familiaux importants.

9. Veuillez fournir des détails sur l'usage du tabac du patient, y compris la quantité consommée par jour et la date de la dernière consommation.

10. Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait être utile dans l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

11. Notre police exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré, ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent de l'assuré ou en relation d'affaires avec lui?
Oui ☐ Non ☐

Veuillez inclure des copies des rapports de spécialistes ou d'hospitalisation ainsi que le rapport de consultation initiale à des fins d'étude par notre directeur médical.

Signature du médecin

Date (jj/mmm/aa)

Adresse

Rue

Ville

Province

Code postal

Nom (en lettres majuscules)

Téléphone

Télécopieur