

# DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – MALADIE D'ALZHEIMER

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)
<b>Le patient est responsable des frais engagés pour remplir le présent formulaire.</b>			

## À faire remplir par le médecin qui traite le patient.

<b>1.</b> a) Quel est le diagnostic?  b) À quelle date votre patient a-t-il éprouvé pour la première fois des symptômes? (jj/mmm/aa). Veuillez fournir des détails.  c) Quand votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? (jj/mmm/aa)  d) Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patiente?
<b>2.</b> À quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé?
<b>3.</b> Veuillez fournir : a) Une copie des résultats de tous les tests.  b) Les noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que votre patient a consulté pour la présente condition ou toute condition connexe.

4. a) Votre patient a-t-il déjà souffert de tout trouble prédisposant? Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates et les détails.

b) Quel est le niveau de fonctionnement mental et social de votre patient?

c) S'agit-il d'une réduction du niveau précédent de fonctionnement?

d) Votre patient a-t-il besoin d'une supervision pour accomplir ses activités quotidiennes?

5. a) Y a-t-il des antécédents familiaux de la maladie d'Alzheimer? Veuillez fournir des détails.

b) Y a-t-il d'autres antécédents médicaux familiaux importants?

6. 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.

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

8. 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