

# DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – TUMEUR CÉRÉBRALE BÉNIGNE

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.

1.	Quel est le diagnostic?
2.	a) À quelle date votre patient a-t-il présenté les premiers symptômes? (jj/mmm/aa)
	b) Quels étaient ces symptômes?
	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?
3.	Y a-t-il des déficits neurologiques permanents? Dans l'affirmative, veuillez décrire l'évolution clinique et indiquer brièvement les signes et symptômes neurologiques en prenant soin de préciser les dates et la durée des épisodes.
4.	a) À quelle date le diagnostic d'une possible tumeur cérébrale a-t-il été abordé la première fois avec le patient? (jj/mmm/aa)
	b) À quelle date le diagnostic a-t-il été confirmé? (jj/mmm/aa)

5. a) Veuillez fournir des copies de tous les rapports de neuroimagerie ou de pathologie à l'appui de ce diagnostic.

b) Veuillez fournir le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

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

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

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

8. 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.

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

10. 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

**Veillez 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