

MALADIES GRAVES — DÉCLARATION DU DEMANDEUR

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

Preuves afférentes à la demande – Déclaration du demandeur

1. Renseignements personnels			
Numéro de la police			
Nom (prénom, prénom autre, nom de famille)			
Adresse (numéro, rue)			
Ville		Province	Code postal
<input type="radio"/> Homme	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Téléohne – Domicile	Téléphone – Travail
<input type="radio"/> Femme			
2. Renseignements relatifs à la demande			
Veuillez fournir une brève description du type et de l'étendue de votre maladie grave :			
À quelle date les symptômes sont-ils apparus? (jj/mmm/aa) :			
Veuillez décrire ces symptômes :			
À quelle date cet état a-t-il été diagnostiqué? (jj/mmm/aa) :			
À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à propos de cet état? (jj/mmm/aa) :			
Veuillez indiquer le nom du médecin consulté :			
Avez-vous subi des tests, des examens ou une chirurgie relativement au diagnostic? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des précisions, incluant les dates.			
Avez-vous déjà souffert d'une maladie similaire ou connexe, ou avez-vous subi des traitements pour une maladie similaire ou connexe? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir des précisions, incluant les dates.			

3. Consultations médicales

Veillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant.

Veillez fournir des précisions sur les autres médecins ou spécialistes que vous avez consultés à propos de cette maladie :

Nom	Adresse	Date de la visite (jj/mmm/aa)

Si vous avez suivi des traitements à l'hôpital ou dans un établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission	Date de sortie

Quel autre traitement recevez-vous ou avez-vous reçu pour cette maladie? (par exemple, médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement/Médecin traitant	Dates

4. Généralités

L'un de vos parents par le sang a-t-il déjà souffert d'une maladie similaire ou connexe? Si « oui », veuillez fournir les précisions suivantes :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge où la maladie fut diagnostiquée la première fois	Date maladie a été diagnostiquée

Demanderez-vous des indemnités pour cette maladie à une autre compagnie? oui non Si « oui », veuillez indiquer :

Nom de l'assureur	Type d'indemnités	Montant assuré	Une demande a-t-elle été soumise ?
			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Fumez-vous ou consommez-vous des produits du tabac, de la marijuana ou d'autres produits de la nicotine, y compris et sans pour autant s'y limiter, un timbre ou une gomme à la nicotine? oui non

Si « oui », depuis combien de temps consommez-vous des produits du tabac?

Si « oui », veuillez indiquer le type de produit et la quantité consommée par jour :

Si « non », avez-vous déjà utilisé des produits du tabac? oui non

Si « oui », à quelle date avez-vous cessé d'utiliser des produits de tabac? (jj/mmm/aa) :

5. Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait appuyer votre demande de règlement.

6. Déclaration et consentement

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus sont exactes et complètes. J'autorise par les présentes tout médecin ou praticien des services de santé, tout hôpital, clinique ou établissement de santé ou de services de santé connexes où je me suis rendu(e), toute compagnie d'assurance, organisme gouvernemental, organisme d'assurance maladie provincial, le Bureau de renseignements médicaux, Revenu Canada, tout établissement, organisme ou personne qui détient des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou au sujet de ma santé de divulguer tous les détails particuliers des renseignements qu'ils ont à mon sujet, y compris tous les renseignements sur mes antécédents médicaux et mon état de santé actuel à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) aux fins de la gestion de ma demande de règlement pour maladie grave.

J'autorise également mon assureur ou ses réassureurs à échanger les renseignements personnels qu'ils ont obtenus en établissant la proposition pour la présente police, ou en traitant une autre demande de règlement en vertu de cette police, avec les agents, les personnes ou les entités affiliées, les réassureurs de l'assureur ou avec un autre de mes assureurs. J'autorise en outre mon assureur à verser ces renseignements personnels dans tous les autres dossiers qu'il tient actuellement à mon sujet ou que mon assureur pourrait créer à l'avenir pour les utiliser conformément à la raison d'être de ces dossiers.

Je comprends que l'Empire Vie peut avoir recours à des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je peux accéder à la plus récente version de la politique de l'Empire Vie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site Internet de l'Empire Vie à l'adresse www.empire.ca.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et l'autorisation restera en vigueur pour la durée entière de ma demande. Je comprends qu'en fournissant le présent formulaire et en examinant la demande ou en acceptant les preuves afférentes à la demande, l'Empire Vie ne sera pas tenue d'admettre la validité de la demande de règlement et n'aura renoncé à aucun de ses droits de défense relatifs à une demande de règlement formulée en vertu de la police.

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables conformément au contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débutée pendant le délai prévu par la Loi sur les assurances ou par toute autre législation applicable.
Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature

X

Date (jj/mmm/aa)