

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – CRISE CARDIAQUE (INFARCTUS DU MYOCARDE)

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

À remplir par le patient

| | | | |
|--|--------|------------------|-------------------------|
| Nom (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) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| | b) À quelle date le diagnostic a-t-il été posé? (jj/mmm/aa) |
| | c) Par qui le diagnostic a-t-il été posé? |
| d) Veuillez fournir les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où votre patient a été traité pour cette crise cardiaque. (Veuillez utiliser du papier supplémentaire et le joindre, si nécessaire.) | |
| 2. | a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour cette condition? (jj/mmm/aa) |
| | b) Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patiente? |
| 3. | Veuillez fournir les détails suivants relativement à l'infarctus du myocarde qu'a subi l'assuré : a) Description et date du début de la douleur thoracique. |

b) Variations de l'ECG en détail au moment de l'événement. Fournir des copies des tracés.

c) Niveaux des enzymes cardiaques, y compris la fraction CPK-MB et le pourcentage du CPK total au moment du diagnostic.

4. Quelles autres recherches ont été faites? Veuillez préciser les dates, les détails et fournir les rapports.

5. Quand votre patient a-t-il souffert des premiers symptômes ou épisodes de maladie cardiovasculaire? Veuillez préciser les détails et les dates.

6. Veuillez préciser les dates, toutes conditions préexistantes ou facteurs de risque que votre patient a présentés comme maladie cardiovasculaire.

7. a) Existe-t-il des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou de maladie vasculaire cérébrale? Veuillez fournir les détails.

b) Veuillez fournir tous les autres détails et autres antécédents familiaux importants.

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

9. Veuillez fournir tout autre renseignement 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 | | Code postal | |
| Rue | Ville | Province | |
| Nom (en lettres majuscules) | Téléphone | Télécopieur | |