

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – CANCER

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.	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.	a) Veuillez préciser la date à laquelle le cancer a été diagnostiqué. (jj/mmm/aa) b) Veuillez préciser la date à laquelle le patient a été avisé du diagnostic? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé?
4.	Veillez fournir une copie du rapport de pathologie en prenant soin de préciser les détails suivants : <ul style="list-style-type: none">• Genre de tumeur• Site de la tumeur• Histologie et stade
5.	Veillez préciser les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où votre patient a été traité pour son cancer.

6. a) Votre patient a-t-il déjà souffert du cancer ou présenté des prédispositions. Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates et les détails.

b) Votre patient a-t-il déjà subi un test du virus d'immunodéficience acquise?

Date (jj/mmm/aa)

Résultat

7. a) Y a-t-il des antécédents familiaux de cancer? Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates et les détails.

b) Veuillez préciser tous les autres détails et 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 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

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