

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – TRAUMATISME / ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

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.	a) Un diagnostic de traumatisme vasculaire cérébral a-t-il été posé?	Oui ☐	Non ☐
	b) Qui a posé ce diagnostic?		
	c) À quelle date le traumatisme vasculaire cérébral s'est-il produit? (jj/mmm/aa)		
	d) À quelle date le patient a-t-il été avisé de ce diagnostic? (jj/mmm/aa)		
	e) Qui a avisé le patient de ce diagnostic?		
	f) Veuillez fournir les noms et les adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où votre patient a été traité pour ce traumatisme vasculaire cérébral. (Veuillez utiliser des feuilles supplémentaires et les annexer au présent document, au besoin.)		
2.	Quand le patient a-t-il commencé à souffrir des symptômes ou à connaître des épisodes de maladie vasculaire cérébral ? Veuillez fournir les détails et les dates, s'il y a lieu.		
3.	a) À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette condition? (jj/mmm/aa)		
	b) Depuis combien de temps traitez-vous ce patient?		

4. Veuillez décrire la cause du traumatisme vasculaire cérébral?

5. a) Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels mesurables du patient.

b) Depuis combien de temps les déficits neurologiques résiduels mesurables persistent-ils? Est-il probable que l'état de santé du patient s'améliore?

6. A-t-on effectué d'autres investigations? Veuillez nous fournir les dates, les détails et les rapports.

7. Veuillez nous indiquer toutes les prédispositions ou facteurs de risque qui ont augmenté les risques de maladie vasculaire cérébrale chez le patient, en spécifiant des dates, s'il y a lieu.

8. a) Existe-t-il des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale ?

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

9. 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.
10. Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait être utile dans l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.
11. 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