

# DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – SCLÉROSE EN PLAQUES

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.	a) À quelle date sont apparus les premiers symptômes? (jj/mmm/aa) b) Veuillez les décrire.
2.	Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cette condition? (jj/mmm/aa)
3.	Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient?
4.	Veuillez décrire la progression clinique de la maladie, ainsi que les signes et les symptômes neurologiques présentés par le patient, en incluant les dates et les durées.
5.	À quelle date le patient a-t-il été informé pour la première fois de la possibilité d'un diagnostic de sclérose en plaques? (jj/mmm/aa)
6.	Veuillez nous fournir : a) Une copie des scanographies ou de tout autre test confirmant le diagnostic. b) Les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où le patient a été admis pour cette maladie. c) Le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

7. Existe-t-il des antécédents familiaux de sclérose en plaques? Veuillez préciser.

8. Existe-t-il d'autres antécédents familiaux significatifs?

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		Code postal	
Rue	Ville	Province	
Nom (en lettres majuscules)		Téléphone	Télécopieur