

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – PERTE D'AUTONOMIE ET/OU DÉFICIENCE COGNITIVE

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) Quel est le diagnostic?
	b) À quelle date votre patient a-t-il présenté les premiers symptômes? (jj/mmm/aa) Veuillez fournir les détails.
	c) Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour la présente condition? (jj/mmm/aa)
	d) Depuis quand l'assuré est-il votre patient?
2.	a) Veuillez préciser la date à laquelle votre patient a reçu un diagnostic à l'effet qu'il n'était pas en mesure d'accomplir les activités de la vie quotidienne? (jj/mmm/aa)
	b) Quelles activités de la vie quotidienne n'était-il pas en mesure d'accomplir?
	c) Quelles activités de la vie quotidienne n'est-il pas actuellement en mesure d'accomplir?

3. À quelle date le patient a-t-il été avisé la première fois du diagnostic de perte d'autonomie? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé?

4. Veuillez fournir :

a) Une copie des mesures standard et des résultats utilisés pour établir un diagnostic de perte d'autonomie et/ou de déficience cognitive.

b) Les noms et adresses de tout autre médecin, praticien ou hôpital que votre patient a consulté pour la présente condition ou toute condition connexe.

c) Nom et adresse du médecin qui a confirmé le diagnostic.

5. Votre patient a-t-il déjà souffert de tout trouble prédisposant? Si oui, veuillez fournir les dates et les détails.

6. Y a-t-il d'autres antécédents familiaux médicaux importants?

7. 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.

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

9. 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