

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – PERTE DE LA PAROLE

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.	À quelle date votre patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou a-t-il commencé à perdre la parole ? (jj/mmm/aa) Veuillez fournir les détails.
3.	Quand votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? (jj/mmm/aa)
4.	Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patiente?
5.	a) Veuillez préciser la date à laquelle la perte de la parole a été diagnostiquée comme étant permanente et irréversible? (jj/mmm/aa)
	b) Veuillez décrire le degré d'importance de la perte de la parole.

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

Veillez fournir

a) Une copie de tout test confirmant le diagnostic de perte permanente de la parole.

b) Noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que le patient a consulté pour cet état ou toute condition connexe.

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

7. Y a-t-il des antécédents familiaux de problèmes reliés à la parole? Veuillez fournir les détails.

8. Veuillez préciser tous les autres détails et 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	