

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – BRÛLURES GRAVES

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) Qu'est-ce qui a causé les brûlures?
2.	a) À quelle date s'est produit cet accident? (jj/mmm/aa)
	b) Quel est le degré de gravité des brûlures?
	c) Quel pourcentage du corps a été touché par les brûlures?
3.	Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patiente?
4.	Veillez fournir :
	a) Une copie du rapport d'admission à l'hôpital.
	b) Les noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que votre patient a consulté par cet état ou pour toute autre condition connexe.

5. Veuillez préciser tous les autres détails et antécédents familiaux importants.

6. 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.

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

8. 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	