

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – COMA

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.	a) Combien de temps a duré l'état d'inconscience du patient? b) Veuillez décrire la séquence des événements qui a mené à l'état d'inconscience. c) Y a-t-il eu une réaction aux stimuli externes? Veuillez fournir les détails.
3.	À quelle date votre patient vous-a-t-il consulté la première fois pour cet état? (jj/mmm/aa)
4.	Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient?
5.	À quelle date votre patient a-t-il été avisé du diagnostic? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé?

6. Veuillez fournir :

a) Une copie de tout test et investigation effectué et rapport de consultation confirmant le diagnostic.

b) Les noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que votre patient a consulté pour cet état ou tout état connexe.

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

7. Veuillez préciser tout détail dans les habitudes ou antécédents médicaux ou familiaux du patient qui aurait pu augmenter le risque ou contribuer à ce trouble.

8. Y a-t-il d'autres antécédents médicaux 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 détail 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