

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN INSUFFISANCE D'UN ORGANE VITAL NÉCESSITANT UNE GREFFE

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) Veuillez préciser tous les détails du trouble qui a mené votre patient à être accepté dans un programme reconnu de greffes au Canada. |
| | b) À quelle date votre patient a-t-il souffert pour la première fois des symptômes reliés à ce trouble? (jj/mmm/aa) En quoi consistaient ces symptômes? |
| | c) À quelle date le trouble a-t-il été diagnostiqué pour la première fois? (jj/mmm/aa) |
| | d) À quelle date votre patient a-t-il été avisé du diagnostic? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé? |
| 2. | Depuis combien de temps la maladie est-elle au stade terminal? |
| 3. | Veuillez fournir les détails de la procédure de la greffe à effectuer, y compris le nom et l'adresse de l'hôpital, du chirurgien/médecin traitant, la date à laquelle la procédure a été fixée et la date à laquelle la chirurgie est prévue. |

4. Veuillez préciser, en incluant les dates, toute condition prédisposante ou tout facteur de risque de votre patient pour le trouble sous-jacent.

5. Veuillez préciser le nom et l'adresse de tout autre médecin que votre patient a consulté pour la présente condition ou toute autre condition connexe.

6. a) Y a-t-il quelque indication dans les habitudes ou antécédents familiaux de votre patient qui a augmenté le risque de ce trouble sous-jacent? Si oui, veuillez fournir les détails.

b) Veuillez fournir les détails de tout autre antécédent familial important.

7. Veuillez fournir des détails sur l'utilisation du tabac de votre patient, y compris la consommation quotidienne 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(e) ou en relation d'affaires avec lui/elle?
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 | |