

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – MALADIE DU MOTONEURONE (SLA)

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) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes pour la première fois? (jj/mmm/aa) En quoi consistaient ces symptômes?
	b) Quand votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour ces symptômes? (jj/mmm/aa)
	c) Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient?
2.	Veillez préciser l'évolution clinique et une brève description des signes et des symptômes neurologiques de votre patient ainsi que les dates et les durées.
3.	À quelle date le diagnostic d'une probable maladie du motoneurone a-t-il été abordé la première fois avec votre patient? (jj/mmm/aa)
4.	Veillez préciser les noms et adresses de tout autre médecin consulté ou de tout autre hôpital auquel votre patient s'est présenté pour la présente condition ou toute autre condition connexe.

5. Nom et adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

6. Y a-t-il des antécédents familiaux de la maladie du motoneurone? Veuillez fournir les détails.

7. Veuillez fournir des détails de tout autre antécédent familial important.

8. Veuillez fournir des détails sur l'utilisation du tabac de votre patient, y compris la consommation quotidienne et la date de la dernière consommation.

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

10. 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

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		Province	
Rue	Ville	Code postal	
Nom (en lettres majuscules)		Téléphone	Télécopieur