

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – CHIRURGIE CARDIAQUE POUR CORONAROPATHIE

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.	Quand et comment le diagnostic de coronaropathie a-t-il été posé? Veuillez donner les détails.
2.	Quand a-t-on procédé à l'angiographie coronaire? Veuillez inclure une copie des résultats, s'ils sont disponibles.
3.	Veuillez indiquer la date du pontage aortocoronarien et les artères qui ont fait l'objet du pontage. Veuillez fournir une copie du compte rendu opératoire, s'il est disponible.
4.	Veuillez indiquer les facteurs de risque de coronaropathie actuels chez votre patient et donner les détails. ☐ Usage du tabac ☐ Diabète ☐ Antécédents familiaux ☐ Hyperlipidémie ☐ Hypertension ☐ Autres antécédents
5.	Veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin consulté ou de tout hôpital auquel votre patient s'est présenté pour la présente condition ou toute autre condition connexe.

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

7. 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