

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

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. À quelle date vous a-t-on consulté la première fois pour des symptômes qui ont mené par la suite au diagnostic de la maladie de Parkinson et, à ce moment-là, depuis combien de temps la condition était-elle présente? (jj/mmm/aa)
2. Quand votre patient a-t-il été informé d'un diagnostic ferme de la maladie de Parkinson idiopathique? (jj/mmm/aa)
Qui l'a avisé?
3. Votre patient a-t-il déjà souffert d'un épisode précédent de cette maladie ou de toute autre condition menant à cette maladie ou connexe à celle-ci? Veuillez fournir les détails.
4. Quelles caractéristiques de la maladie de Parkinson votre patient présente-t-il et quand ces symptômes sont-ils apparus?

5. a) Est-ce que la maladie de Parkinson résulte d'un traitement relié à toute autre maladie ou est-elle associée à toute autre maladie (par ex. athérosclérose, paralysie supranucléaire)?

b) Est-ce que la maladie de Parkinson s'est produite comme effet secondaire à la suite d'une thérapie médicamenteuse sur ordonnance ou à la suite de l'usage de drogues illicites?

6. Veuillez préciser les noms et adresses de tout autre médecin ou de tout autre hôpital auquel votre patient s'est présenté pour la présente condition ou toute autre condition connexe.

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		Code postal
Nom (en lettres majuscules)		Téléphone		Télécopieur