

# DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE – DÉCLARATION CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN – PARALYSIE

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)	
<b>Le patient est responsable des frais engagés pour remplir le présent formulaire.</b>				

## À faire remplir par le médecin qui traite le patient.

1.	Veillez donner un bref aperçu des antécédents médicaux qui ont mené à la paralysie de votre patient?
2.	Quand votre patient vous a-t-il consulté la première fois pour cette condition? (jj/mmm/aa)
3.	Si la paralysie ne découle pas d'un accident, quand votre patient a-t-il souffert des symptômes pour la première fois ou a-t-il pris conscience de cette condition?
4.	Veillez décrire ce qui suit : a) Quels membres sont touchés? b) Détails de la perte exacte de fonction : c) Usage résiduel, le cas échéant, du(des) membre(s) touché(s) : d) Cause sous-jacente de la condition :

5. Existe-t-il des traitements qui pourraient améliorer de façon importante la paralysie?

6. 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.

7. Êtes-vous au courant de l'existence d'un membre de la famille immédiate de votre patient qui ait souffert de cette condition ou d'une condition connexe?

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	Télocopieur