

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

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) Quel est le diagnostic? |
| | b) Veuillez indiquer la date à laquelle les premiers symptômes sont apparus. (jj/mmm/aa) |
| | c) Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? (jj/mmm/aa) |
| | d) Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient? |
| 2. | À quelle date votre patient a-t-il été avisé du diagnostic? (jj/mmm/aa) Qui l'a avisé? |
| 3. | Veuillez fournir : |
| | a) Une copie de tout test ou investigation effectué et de tout rapport de consultation, y compris ceux dans lesquels l'acuité visuelle corrigée de votre patient est indiquée. |
| | b) Les noms et adresses de tout autre médecin ou hôpital que votre patient a consulté pour la présente condition ou toute condition connexe. |
| | c) Nom et adresse du médecin qui a confirmé le diagnostic. |

4. Si la perte de la vue résulte d'une maladie ou d'une blessure, veuillez préciser les détails de l'événement.
5. Y a-t-il des antécédents de maladies connexes dans les antécédents familiaux du patient ou toute autre antécédent familial?
6. Veuillez préciser tous les détails dans les habitudes ou antécédents médicaux personnels ou familiaux du patient qui auraient pu augmenter le risque ou contribuer à ce trouble.
7. Veuillez fournir des détails sur l'usage du tabac du patient, y compris la quantité consommée par jour et la date de la dernière consommation.
8. Veuillez fournir tout autre détail 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 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 |