



Déclaration initiale du médecin

Demande de règlement d'assurance maladies graves

1. Renseignements sur le patient

- 1.1 Numéro de police : _____
- 1.2 Nom de l'assuré : _____
- 1.3 Date de naissance (jour/mois/année) : _____
- 1.4 Adresse (numéro et nom de rue) : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
- 1.5 Numéro de téléphone : _____

2. Affection médicale

- 2.1 Indiquez le diagnostic : _____
- 2.2 Date du diagnostic (jour/mois/année) : _____

Preuve exigée

Pour que la demande de règlement puisse être examinée, veuillez fournir une copie de toutes les preuves médicales concernant l'investigation, le diagnostic et le traitement de cette affection y compris les résultats de tests, les résultats d'examens de laboratoire, les rapports d'intervention chirurgicale et les rapports de consultation.

Exemple :

- Cancer : fournir le rapport de consultation initial, le rapport de pathologie et le rapport d'oncologie.
- Crise cardiaque : fournir tous les rapports d'ECG, les résultats d'examens de laboratoire, les angiographies ou laboratoires de cathétérisme et les notes cliniques.

3. Historique de l'affection

- 3.1 Depuis combien de temps soignez-vous ce patient? _____
- 3.2 Le patient a-t-il été orienté vers vous?
 Oui, indiquez le nom du médecin l'ayant orienté vers vous : _____
 Non
- 3.3 À quelle date les premiers symptômes de votre patient sont-ils apparus? (jour/mois/année) _____
- 3.4 À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois en raison de cette affection?
 (jour/mois/année) _____
- 3.5 Le patient a-t-il déjà souffert de l'affection susmentionnée ou de tout trouble connexe?
 Oui, indiquez la date et précisez : _____
 Non
- 3.6 Antécédents familiaux pertinents : _____
- 3.7 Antécédents de tabagisme : _____

4. Traitement

4.1 Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il s'est présenté ou a été admis en raison de l'affection en cause.

Nom du médecin ou de l'hôpital : _____

Adresse (numéro et nom de rue, ville, province, code postal) : _____

Du (jour/mois/année) : _____ Au (jour/mois/année) : _____

Nom du médecin ou de l'hôpital : _____

Adresse (numéro et nom de rue, ville, province, code postal) : _____

Du (jour/mois/année) : _____ Au (jour/mois/année) : _____

Nom du médecin ou de l'hôpital : _____

Adresse (numéro et nom de rue, ville, province, code postal) : _____

Du (jour/mois/année) : _____ Au (jour/mois/année) : _____

4.2 Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

5. Renseignements sur le médecin et signature

5.1 Nom du médecin : _____

5.2 Spécialité : _____

5.3 Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

5.4 Adresse (numéro et nom de rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de signature (jour/mois/année) : _____

X

Signature du **médecin**

• Le patient doit acquitter les frais demandés pour remplir le présent formulaire et pour tout autre renseignement médical fourni.

• À retourner par la poste, par courriel ou par télécopieur à :

Demandes de règlement, Protection du vivant
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 6000, Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : reclamationspv@canadavie.com

Télécopieur : 204 946-4030