



Déclaration initiale du médecin

Demande de règlement d'assurance maladies graves pour enfant

1. Renseignements sur le patient

1.1 Numéro de police : _____

1.2 Nom de l'enfant 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 : _____

Autorisation

J'autorise, par les présentes, la transmission à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie de tout renseignement ou dossier concernant l'état de santé de l'enfant assuré aux fins du traitement d'une demande de règlement à son égard aux termes de la police précitée. Cette autorisation demeurera en vigueur pendant un an à compter de la date de sa signature.

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

X

Signature de l'enfant assuré, s'il est âgé de plus de 18 ans

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal, si l'enfant assuré est âgé de moins de 18 ans

2. Rapport du médecin

2.1 Indiquez le diagnostic : _____

2.2 À quelle date les premiers symptômes de votre patient sont-ils apparus? (jour/mois/année) _____

Décrivez les symptômes : _____

2.3 À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois en raison de cette affection?

(jour/mois/année) _____

2.4 Le patient a-t-il été orienté vers vous?

Oui, indiquez le nom du médecin l'ayant orienté vers vous : _____

Non

2.5 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) : _____

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

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'exams de laboratoire, les rapports d'intervention chirurgicale et les rapports de consultation.

3. Renseignements sur le médecin et signature

3.1 Nom du médecin : _____

3.2 Spécialité : _____

3.3 Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

3.4 Adresse (numéro et nom de rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

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

X

Signature du **médecin**

- Le patient, le père, la mère ou le tuteur légal 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