

Directives

La section A doit être remplie par l'assuré. Les sections B, C, D et E doivent être remplies par le médecin traitant de l'assuré ou le spécialiste qui a établi le diagnostic de maladie grave.

La protection d'assurance en cas de maladies graves couvre l'assuré advenant le diagnostic d'une des maladies graves énumérées dans son contrat et selon certaines conditions ou critères précis. Il est donc important pour l'analyse de la présente demande que nous obtenions des informations détaillées sur l'état de santé de l'assuré. Le but d'une telle protection d'assurance est de permettre à l'assuré de mieux surmonter les difficultés découlant du diagnostic d'une maladie grave.

Nous comptons sur votre collaboration pour nous transmettre les informations demandées dans les plus brefs délais afin que nous puissions analyser cette demande. Veuillez joindre au présent formulaire les documents additionnels demandés.

 Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir ce rapport sont à la charge de l'assuré.

A. Identification (À remplir par l'assuré)

<input type="checkbox"/> Assurance individuelle	N° de contrat		
<input type="checkbox"/> Assurance mieux-être	N° de contrat		
<input type="checkbox"/> Assurance collective	Employeur	N° de contrat	N° d'identification
Nom		Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)		N° de téléphone à 10 chiffres (Travail)	Code postal
			Poste

B. Renseignements généraux

Nom du médecin		Spécialité	
Depuis quelle date suivez-vous ce patient? (AAAA-MM-JJ)		Diagnostic de la maladie grave	
Date des premiers symptômes (AAAA-MM-JJ)	Date de la première consultation (AAAA-MM-JJ)	Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)	À quelle date votre patient a-t-il été avisé de son diagnostic? (AAAA-MM-JJ)
Nom et adresse des hôpitaux consultés	Nom et adresse des médecins et spécialistes consultés		Date (AAAA-MM-JJ)
Votre patient fait-il usage de tabac ou d'un substitut? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A-t-il déjà fait usage de tabac ou d'un substitut? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , date de cessation (AAAA-MM-JJ) :			

Est-ce qu'un membre de sa famille (père, mère, frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle ou tante) souffre ou a déjà souffert d'une maladie héréditaire? Si **oui**, veuillez remplir le tableau : Oui Non

Membre de la famille	Lien de parenté	Maladie	Âge au début de la maladie	Âge actuel si vivant	Âge au décès

Au cours des 5 dernières années, votre patient a-t-il déjà reçu des soins, des traitements ou des services, consulté un médecin ou pris des médicaments lui ayant été prescrits pour cette maladie ou toute autre affection? Si **oui**, veuillez remplir le tableau : Oui Non

Maladies	Dates AAAA-MM-JJ)	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie? (AAAA-MM-JJ)

C. Détails du diagnostic (décrire les symptômes à la section D)

Cancer

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris du rapport pathologique de la biopsie ayant permis l'établissement du diagnostic.

Diagnostic anatomopathologique

Siège du cancer

Stade de développement du cancer (I à IV ou A à D, selon le cas)

S'agit-il d'une récurrence?

Oui Non

Date de la récurrence (AAAA-MM-JJ)

Infarctus du myocarde / crise cardiaque

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats des examens, des tests sanguins et de l'ECG et du résumé du dossier d'hospitalisation.

Élévation et chute des marqueurs biochimiques cardiaques attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde ?

Oui Non

Nouvelles modifications à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus du myocarde ?

Oui Non

S'agit-il du premier infarctus du myocarde de votre patient ?

Oui Non

Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant une angiographie ou une angioplastie ou autre ?

Oui Non

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats des examens et du résumé du dossier d'hospitalisation.

S'agit-il du premier accident vasculaire cérébral de votre patient?

Oui Non

Date de l'accident vasculaire cérébral (AAAA-MM-JJ)

Les déficits neurologiques ont-ils persisté pendant plus de 30 jours après le diagnostic?

Oui Non

Si **oui**, décrire les déficits neurologiques résiduels après 30 jours.

L'accident cérébrovasculaire a-t-il été causé par un traumatisme ?

Oui Non

Si **oui**, décrire le traumatisme

Autre maladie

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats des examens et du résumé du dossier d'hospitalisation.

D. Description des symptômes, commentaires et informations complémentaires

Fournir toutes les informations qui vous semblent pertinentes pour l'analyse de la demande de prestations de votre patient.

E. Identification du médecin traitant

Adresse du médecin

Signature du médecin

N° de licence

Code postal

Date (AAAA-MM-JJ)

N° de téléphone à 10 chiffres

N° de télécopieur à 10 chiffres