

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement en cas de maladie grave



Police collective 53000

Avant de présenter une demande de règlement en cas de maladie grave :

- Remplissez et signez la Déclaration du demandeur concernant votre maladie grave.
- Veuillez utiliser la Déclaration du médecin traitant applicable à la maladie pour laquelle vous réclamez des indemnités.
- Remplissez et signez l'autorisation du patient figurant dans la Déclaration du médecin traitant.
- Le médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant avec le plus de précisions possible.
- Le dossier complet de la demande de règlement en cas de maladie grave comprend deux parties :
 - la Déclaration du demandeur, dûment remplie et signée ;
 - la Déclaration du médecin traitant, se rapportant à la maladie pour laquelle vous demandez des indemnités, dûment remplie et signée.

La Compagnie d'assurance vie RBC ne pourra donner suite à votre demande de règlement que lorsqu'elle aura reçu les déclarations du demandeur et du médecin dûment remplies. Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont remplis en entier et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer la demande de règlement.

- Comme nos médecins-conseils ne font pas l'examen clinique, l'évaluation de votre demande de règlement repose sur la qualité des renseignements médicaux fournis par votre médecin.

Veuillez faire parvenir les formules dûment remplies à l'adresse suivante :



Services d'assurance RBC Inc.
Centre des services d'assurance
C.P. 53, succursale A,
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9



Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre Centre des services d'assurance au numéro sans frais **1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523)** ou, par télécopieur, au **1 800 864-6102**.

En attendant l'approbation de votre demande :

- La Compagnie d'assurance vie RBC communiquera avec vous si de plus amples renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- Vous devez continuer à faire vos versements sur prêt au complet jusqu'à ce que La Compagnie d'assurance vie RBC vous avise par écrit de sa décision.

Remarques importantes :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic ou de la chirurgie.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin ou spécialiste autorisé.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des formulaires de demande de règlement.

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement en cas de maladie grave



Police collective 53000

Déclaration du demandeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic ou de la chirurgie.

Directives

- Vous devez répondre à toutes les questions de la « Déclaration du demandeur ».
- Veuillez dater et signer l'autorisation du demandeur.
- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur	Deuxième prénom du demandeur	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro FCR du demandeur
Adresse (Numéro et rue)	Ville	Province	Code postal	
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Numéro de téléphone	Adresse électronique	
Nom de l'entreprise	Numéro FCR de l'entreprise	Numéro du prêt à l'entreprise		

Renseignements sur la maladie grave

Veuillez décrire la nature de votre maladie grave.

Quand cette maladie a-t-elle été diagnostiquée chez vous ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? (AAAA-MM-JJ)

Quand les premiers symptômes sont-ils apparus ? (AAAA-MM-JJ)

Veuillez décrire les symptômes.

Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette maladie ? (AAAA-MM-JJ)

Nom du médecin

Numéro de téléphone

Adresse du médecin (Numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Avez-vous subi des tests ou des examens reliés au diagnostic ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou connexe ou reçu un traitement à ce sujet ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

Consultations médicales

Veillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin personnel.

Nom du médecin traitant Diplôme/Spécialisation Numéro de téléphone

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Adresse électronique Depuis combien de temps ce médecin vous fournit-il des soins ?

Veillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés pour cette maladie

Nom du médecin traitant Soin(s) Primaire(s) Conseiller Diplôme/Spécialisation Numéro de téléphone

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Adresse électronique Date de consultation (AAAA-MM-JJ)

Nom du médecin traitant Soin(s) Primaire(s) Conseiller Diplôme/Spécialisation Numéro de téléphone

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Adresse électronique Date de consultation (AAAA-MM-JJ)

Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement analogue, veuillez donner les précisions suivantes

Nom de l'hôpital Ville

Date d'admission (AAAA-MM-JJ) Date de sortie (AAAA-MM-JJ)

Veillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin vous ayant traité au cours des trois dernières années

Nom du médecin traitant Diplôme/Spécialisation Numéro de téléphone

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Nom du médecin traitant Diplôme/Spécialisation Numéro de téléphone

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Quels traitements recevez-vous actuellement ou quels autres traitements avez-vous reçus pour cette affection ? (c'est-à-dire médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement

Établissement médical/médecin traitant Date (AAAA-MM-JJ)

Type de traitement

Établissement médical/médecin traitant Date (AAAA-MM-JJ)

Renseignements généraux

Est-ce que des membres de votre famille biologique immédiate (mère, père, frères ou sœurs) ont eu l'une ou l'autre des maladies suivantes avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans : maladie cardiaque, maladie rénale, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, polypose familiale du côlon ou toute maladie héréditaire ?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de plus d'un gros cigare par mois, de pipes à eau, de noix de bétel plus d'une fois par mois, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous toute autre forme ?

Oui Non

À l'heure actuelle, recevez-vous des prestations d'invalidité de courte ou de longue durée de la Compagnie d'assurance vie RBC ou avez-vous présenté une demande à cet effet ?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Numéro de contrat	Numéro de demande de règlement
Prénom du spécialiste service de règlements invalidité	Nom de famille du spécialiste service de règlements invalidité

Autorisation du demandeur

Avis relatif à la fraude

Toute personne qui remplit sciemment une déclaration du demandeur renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

_____, déclare que les renseignements ci-dessus sont, (en caractères d'imprimerie) à ma connaissance, véridiques et complets.
(en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur



Nom :

Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AAAA	MM	JJ

Autorisation du demandeur

J'autorise la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., les fournisseurs de service et les représentants qu'ils engagent ou emploient) à mener les enquêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics et, au besoin, à informer toute tierce partie que j'ai présenté une demande de prestations à la compagnie et à leur communiquer les renseignements pertinents à cette demande de prestations. Il est entendu que la compagnie établira et gardera un dossier contenant des renseignements personnels à mon sujet. Il est également entendu que l'accès aux renseignements personnels me concernant sera limité aux employés de la compagnie et aux autres personnes engagées par la compagnie dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne ou organisme autorisé par la loi. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale à l'adresse <https://www.rbc.com/rensperssecurite/ca/avis-rens-pers-mondiale.html> et j'accepte de m'y conformer.

Si je choisis d'utiliser, ou demande à la compagnie d'utiliser, des moyens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment toute communication par télécopieur ou par courriel, il est entendu que i) la sécurité, la protection et la confidentialité de l'information ne peuvent être assurées, ii) un tel moyen de communication n'est pas fiable et le message pourrait ne pas parvenir au destinataire à temps, voire pas du tout, iii) un tel message est susceptible d'être intercepté, perdu ou altéré ; et iv) j'assume l'entière responsabilité des risques liés à ces moyens de communication et la compagnie ne pourra être tenue responsable de ces moyens de communication de quelque manière que ce soit, notamment de tout accès non autorisé, de toute interception, de toute perte ou de toute altération.

Votre autorisation de divulguer des renseignements personnels

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et je les charge de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin, infirmier, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurances ou responsable d'assurances ; tout ministère ou tout organisme du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la CAT; toute autre personne ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée que la compagnie reçoit en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé pour établir ma couverture et droit à des prestations au titre de la police ou pour le recouvrement de toute(s) prestation(s) trop-perçu(es) encouru par moi, et/ ou respecter ses obligations légales (ou celles de RBC Groupe Financier) sur les obligations ou investigations concernant les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, la détection, la prévention ou la suppression de la fraude et autres activités criminelles. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à divulguer n'importe lequel desdits renseignements, dossiers et données à mes médecins ou fournisseurs de soins de santé, ou à toute autre personne ou entreprise (y compris les médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, conseillers en rééducation professionnelle) employée ou embauchée par la compagnie.

J'autorise également la compagnie à recueillir, utiliser ou divulguer, au besoin, mes renseignements personnels pour toute demande de prestations antérieure ou ultérieure.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je reçois des prestations ou des services de la compagnie et tant que la compagnie fait valoir ses droits de subrogation ou procède au recouvrement de tout trop-perçu, s'il y a lieu, que les prestations soient versées ou non, ou que l'une ou l'autre des parties considère qu'il y a eu rupture de contrat. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original.

Signature du demandeur



Nom :

Date:
AAAA MM JJ

Signature du témoin



Nom :

Date:
AAAA MM JJ

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement en cas de maladie grave



Police collective 53000

Déclaration du médecin traitant Cancer

Renseignements sur le patient

(Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la partie "Renseignements médicaux")

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Deuxième prénom du patient	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
---------------------------	-------------------	----------------------------	--------------------------------

Adresse (Numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
-------------------------	-------	----------	-------------

Numéro de téléphone	Adresse électronique
---------------------	----------------------

Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Compagnie d'assurance vie RBC, ses mandataires et ses fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du patient



Nom :

Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AAAA	MM	JJ

Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes de cette affection ?
(AAAA-MM-JJ)

Quels étaient les symptômes ?

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection ?
(AAAA-MM-JJ)

Depuis quand cette personne est-elle votre patient ?

À quelle date le diagnostic de cancer a-t-il été posé ? (AAAA-MM-JJ)

Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic ? (AAAA-MM-JJ)

Qui l'a informé du diagnostic ?

Veillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour ce cancer.

Veillez fournir une copie du rapport de pathologie en donnant les précisions suivantes :

- Type de tumeur
- Site de la tumeur
- Histologie et détermination du stade

Le patient a-t-il déjà souffert de cancer ou d'un trouble prédisposant ? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions et indiquer les dates.

Y a-t-il des cas de cancer dans la famille du patient ?

Veillez donner des précisions.

Oui Non

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage du tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage de tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez donner des précisions sur les autres antécédents médicaux pertinents des membres de la famille du patient.

Veillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir une copie de tous les résultats d'examen, rapports de pathologies, rapports opératoires et rapports de consultation en ce qui a trait à cette affection.

Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts

Nom du médecin traitant

Soin(s) Primaire(s) Conseiller

Diplôme/Spécialisation

Adresse électronique

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Adresse (Numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Signature du médecin



Nom :

Date:

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement en cas de maladie grave



Police collective 53000

Déclaration du médecin traitant

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Renseignements sur le patient

(Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la partie "Renseignements médicaux")

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Deuxième prénom du patient	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
---------------------------	-------------------	----------------------------	--------------------------------

Adresse (Numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
-------------------------	-------	----------	-------------

Numéro de téléphone	Adresse électronique
---------------------	----------------------

Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Compagnie d'assurance vie RBC, ses mandataires et ses fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du patient



Nom :

Date:

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection? (AAAA-MM-JJ)

Depuis quand cette personne est-elle votre patient ?

Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé ?

Oui Non

Quand le diagnostic a-t-il été posé ? (AAAA-MM-JJ)

Qui a posé le diagnostic ?

Veuillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour cet infarctus du myocarde.

Veillez fournir une description des douleurs thoraciques se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré et la date à laquelle elles ont commencé à se manifester.

Veillez fournir les modifications de l'ECG au moment de l'infarctus.*

Veillez indiquer les taux des enzymes cardiaques et/ou de troponine, notamment la fraction de la CK-MB et le pourcentage de la CK totale se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré au moment du diagnostic.

Quels autres examens ont été effectués ? Veillez indiquer les dates et fournir des précisions ou rapports.

***Fournissez des copies des tracés pertinents se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré, si elles sont disponibles**

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de maladies cardiovasculaires ? (AAAA-MM-JJ)

Veillez donner des précisions et indiquer les dates.

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires que présentaient le patient, le cas échéant.

Y a-t-il des cas de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient ? Veillez donner des précisions.

Oui Non

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage du tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage de tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir des copies des résultats d'examens et des rapports de consultation se rapportant à cette affection, y compris une copie des renseignements suivants :

- ECG faisant état de l'infarctus du myocarde
- Taux des enzymes cardiaques, incluant CK-MB BANS, troponine I ou troponine T faisant état de l'infarctus du myocarde
- Tous les résultats d'ECG et le dosage des enzymes cardiaques, les rapports de consultation et les rapports de congé
- Tous les résultats d'examens pertinents tels qu'une coronarographie, une échocardiographie, etc.

Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts

Nom du médecin traitant Soin(s) Primaire(s) Conseiller Diplôme/Spécialisation

Adresse électronique Numéro de téléphone Numéro de télécopieur

Adresse (Numéro et rue) Ville Province Code postal

Signature du médecin



Nom :

Date:
AAAA MM JJ

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement en cas de maladie grave



Police collective 53000

Déclaration du médecin traitant

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Renseignements sur le patient

(Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la partie "Renseignements médicaux")

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Deuxième prénom du patient	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
---------------------------	-------------------	----------------------------	--------------------------------

Adresse (Numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
-------------------------	-------	----------	-------------

Numéro de téléphone	Adresse électronique
---------------------	----------------------

Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Compagnie d'assurance vie RBC, ses mandataires et ses fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du patient

Nom :

Date:

AAAA

MM

JJ

Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection?
(AAAA-MM-JJ)

Depuis quand l'assuré est-il votre patient ?

Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) a-t-il été posé ?

Oui Non

Quand l'AVC s'est-il produit ? (AAAA-MM-JJ)

Veuillez indiquer la cause de l'AVC.

Veillez décrire les déficits neurologiques résiduels mesurables.

Pendant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté ?

Qui a posé le diagnostic ?

Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic ? (AAAA-MM-JJ)

Qui l'a informé du diagnostic ?

Veillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour cet accident vasculaire cérébral.

Quels autres examens ont été effectués ? Veuillez indiquer les dates et fournir des précisions ou rapports.

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de maladies cardiovasculaires ? (AAAA-MM-JJ)

Quels étaient-ils ?

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires que présentaient le patient, le cas échéant.

Y a-t-il des cas de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient ?

Veillez donner des précisions.

Oui Non

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage du tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez indiquer en détail si votre patient fait ou a fait usage de tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation.

Veillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir des copies des résultats d'examens et des rapports de consultation y compris une copie de la tomодensitométrie ou de l'IRM, si elle est disponible.

Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts

Nom du médecin traitant

Soin(s) Primaire(s) Conseiller

Diplôme/Spécialisation

Adresse électronique

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Adresse (Numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Signature du médecin



Nom :

Date:

AAAA	MM	JJ