

**MALADIE GRAVE**  
**DÉCLARATION DU MÉDECIN**  
**DÉMENCE, DONT LA MALADIE**  
**D'ALZHEIMER****AUTORISATION**  
**DU PATIENT**Patient \_\_\_\_\_ Régime collectif n° \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

Par les présentes, j'autorise la divulgation des renseignements médicaux et de santé dans mon dossier à Wawanesa Vie et à ses agents autorisés aux fins d'évaluation de ma réclamation d'assurance maladie grave collective et d'administration du régime d'avantages sociaux. Ces renseignements médicaux et de santé comprennent, sans s'y limiter, les copies de tous les rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats de tests et d'analyses et les dossiers hospitaliers. Je comprends que je suis responsable des frais exigés pour remplir ce formulaire.

Je reconnais que les renseignements personnels sont requis par Wawanesa Vie aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à Wawanesa Vie de traiter ma demande et que le refus de mon consentement peut retarder le traitement de ma réclamation ou entraîner son refus.

Je peux retirer ce consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à ce sujet.

Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation sont aussi valides que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient\_\_\_\_\_  
Date (jj-mm-aaaa)**RENSEIGNEMENTS**  
**CLINIQUES**

1. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé à présenter des symptômes de démence ou de la maladie d'Alzheimer? Quels étaient ces symptômes?

b) À quelle date votre patient a-t-il commencé à vous consulter pour ces symptômes? \_\_\_\_\_

c) Depuis combien de temps le participant au régime est-il votre patient? \_\_\_\_\_

2. Veuillez exposer l'évolution clinique et décrire brièvement les signes et les symptômes neurologiques chez votre patient en indiquant des dates et des durées.

3. À quelle date le diagnostic possible d'une démence ou de la maladie d'Alzheimer a-t-il été mentionné pour la première fois avec :

a) Votre patient? \_\_\_\_\_

b) La famille de votre patient? \_\_\_\_\_

4. À quelle date une supervision quotidienne continue du patient est-elle devenue nécessaire?

5. Veuillez fournir :

a) Une copie des résultats et des notes de consultation conservés pendant l'investigation effectuée relativement à la démence ou à la maladie d'Alzheimer.

b) Le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il a reçu des soins concernant cette maladie.

c) Confirmez le diagnostic (démence ou maladie d'Alzheimer) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS  
CLINIQUES***Suite*

5. d) Nom et adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

e) Le patient est-il suivi par un gériatologue?  Oui  Non

Si la réponse est « oui », veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin consulté et la date de la dernière consultation.

6. Veuillez fournir toute autre information susceptible d'aider à l'évaluation de la réclamation de votre patient.

**Veuillez fournir une copie des notes sur le tableau clinique, des résultats de tests et d'analyses, des rapports de consultation et des résumés hospitaliers qui sont pertinents.**

Notre régime exige que tout problème médical couvert soit diagnostiqué par un médecin n'ayant aucun lien de parenté avec le participant au régime. Avez-vous un lien de parenté avec le participant au régime?

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom (en caractères d'imprimerie) et spécialité du médecin

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date

**CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, examiner les réclamations éventuellement adressées au titre de cette police et offrir des produits et des services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, ses mandataires, ses sociétés affiliées, ses partenaires, ses filiales, ses réassureurs, ses agences de notation et ses administrateurs autorisés et être échangés entre eux à ces fins, peu importe que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) ou en parlant au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

**UNE FOIS REMPLI**

**Veuillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante : La Compagnie d'assurance vie  
Wawanesa,  
Service des avantages sociaux, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5**