

**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) Depuis combien de temps le participant au régime est-il votre patient? _____

b) À quelle date votre patient a-t-il commencé à présenter des symptômes ou a-t-il été mis au courant de sa néphropathie ou d'une activité fonctionnelle rénale anormale? Quels étaient ces symptômes?

c) Quand votre patient a-t-il commencé à vous consulter pour une néphropathie? _____

2. Votre patient a-t-il atteint un stade terminal et irréversible d'insuffisance rénale pour les deux reins?
 Oui Non

3. Quelle est la cause de l'insuffisance rénale?

4. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé à subir une dialyse? _____

b) Une dialyse rénale est-elle effectuée régulièrement?

c) Une transplantation de reins a-t-elle eu lieu ou a-t-elle été proposée pour plus tard?

5. Veuillez fournir les résultats des examens et les résultats d'analyse en laboratoire qui sont pertinents.

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES***Suite*

6. Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il a reçu des soins concernant le problème médical.

7. Veuillez décrire, en incluant des dates, les problèmes médicaux prédisposants ou les facteurs de risque présents chez votre patient avant son problème d'insuffisance rénale, p. ex., diabète, hypertension.

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

Veillez 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 ou en parlant au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

UNE FOIS REMPLI

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