
EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom du patient : _____
Nom de famille Prénom Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse: _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone : (____) _____

1. Date du diagnostic et précisions sur toute affection concomitante (jj/mm/aaaa) : _____

A. Symptômes subjectifs : _____

B. Constatations objectives : _____

2. Date de la première manifestation des symptômes (jj/mm/aaaa) : _____

3. Date à laquelle le patient vous a consulté la première fois pour cette affection (jj/mm/aaaa) : _____

4. Êtes-vous le médecin traitant habituel de ce patient? Oui Non

5. Traitez-vous toujours ce patient pour cette affection? (Si OUI, veuillez fournir une copie de vos dossiers, des résultats d'examen effectués, des rapports de consultation et des rapports d'hospitalisation sommaires.) Oui Non

6. Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection similaire? Oui Non

Si oui, veuillez fournir la date et des précisions : _____

7. A. Veuillez indiquer le nombre d'épisodes neurologiques et leur durée :

Épisode 1 Date (jj/mm/aaaa) : _____ Durée : _____

Décrivez les signes et les symptômes : _____

Épisode 2 Date (jj/mm/aaaa) : _____ Durée : _____

Décrivez les signes et les symptômes : _____

Épisode 3 Date (jj/mm/aaaa) : _____ Durée : _____

Décrivez les signes et les symptômes: _____

B. Veuillez inclure les rapports de toutes les résonances magnétiques effectuées :

8. Veuillez fournir le nom et l'adresse de tous les professionnels, spécialistes ou hôpitaux auxquels le patient a été adressé ou qui l'ont traité pour cette affection :

◆ Nom du médecin _____
Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

◆ Nom du médecin _____
Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

9. Si vous possédez des renseignements supplémentaires qui, selon vous, pourraient aider notre médecin-chef à évaluer cette demande de règlement, veuillez les fournir :

Nom (en caractères d'imprimerie)

Diplôme

Adresse

Ville Province Code postal

Indicatif régional et numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Date (jj/mm/aaaa)

Signature M.D.

Le présent formulaire doit être rempli par un médecin habilité à exercer au Canada et dont la pratique est limitée à la branche de la médecine liée à la maladie grave applicable. Il incombe à la PERSONNE ASSURÉE de faire remplir le présent formulaire à ses frais.

CONSENTEMENT À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par La Compagnie D'Assurance-Vie Wawanesa, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à privacy@wawanesa.com ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.