

<h3>AUTORISATION DU PATIENT</h3>	<p style="text-align: right;">Régime</p> <p>Patient _____ collectif n° _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Nom de famille Prénom </small></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Je peux retirer ce consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à ce sujet.</p> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation sont aussi valides que l'original.</p> <p style="text-align: center;"> _____ Signature du patient </p> <p style="text-align: center;"> _____ Date (jj-mm-aaaa) </p>
<h3>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</h3>	<p>1. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé à vous consulter pour ce problème médical? _____ b) Quand votre patient a-t-il commencé à présenter des symptômes de la maladie de Parkinson? Veuillez fournir des précisions et des dates. c) Depuis combien de temps le participant au régime est-il votre patient? _____</p> <p>2. a) Un diagnostic de maladie de Parkinson a-t-il été posé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) À quelle date remonte le diagnostic? _____ c) Qui a établi le diagnostic? Indiquez le nom et la spécialité. d) Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il a reçu des soins concernant ce problème médical.</p> <p>3. Veuillez fournir les précisions suivantes relatives à la maladie de Parkinson de votre patient :</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Manifestation clinique de rigidité :</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Manifestation clinique de tremblements :</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Manifestation clinique de bradykinésie :</p> <p>4. Quels autres examens ont été effectués? Veuillez fournir des précisions et des dates.</p>

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES***Suite*

5. a) Quelles sont les restrictions et les limitations relatives à votre patient sur le plan médical?

b) Quel est le régime de traitement actuel?

6. Veuillez décrire, en incluant des dates, les problèmes médicaux prédisposants ou les facteurs de risque présents chez votre patient avant sa maladie de Parkinson.

7. 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 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**