

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

N° de prêt	N° de transit	
Nom à la naissance		Date de naissance
Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

1. Adresse (no, rue, ville et province) _____ Code Postal | | | | | |
2. a) Veuillez fournir une brève description de la nature et de l'étendue de votre maladie grave :

- b) Date d'apparition des symptômes de votre maladie.

A	M	J

Veuillez décrire les symptômes.

- c) Date de votre première consultation chez le médecin pour cette maladie.

A	M	J

Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin consulté :
Nom et adresse : _____
No de téléphone : () | | | | - | | | | |
- d) Avez-vous subi des tests, des examens, des investigations ou des traitements chirurgicaux relatifs à cette maladie ? Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir des détails en incluant les dates.

- e) Avez-vous déjà souffert d'une maladie similaire ou connexe, ou avez-vous reçu des traitements pour une maladie similaire ou connexe?
 Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir des détails en incluant les dates.

CONSULTATIONS MÉDICALES

3. a) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant.
Nom et adresse : _____
No de téléphone : () | | | | - | | | | |
- b) Veuillez fournir des précisions sur tout autre médecin spécialiste ou professionnel de la santé que vous avez consulté relativement à votre maladie.

Nom	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	No. Téléphone	Dates de consultation		
			A	M	J
		()			
		()			
		()			

POURSUIVRE AU VERSO

- c) Nom et adresse de tous les médecins ou autres professionnels de la santé (physiothérapeute, chiropraticien, psychologue, etc.) que vous avez consultés et qui vous ont traité durant les **cinq (5) dernières années. Nous mentionner toutes les raisons des consultations qu'elles aient un lien ou non avec votre maladie actuelle.** Si aucun, le mentionner. (Si plus de 3 consultations, veuillez annexer une autre feuille)

Nom et adresse du médecin ou autre professionnel de la santé	Date de consultation ou de traitement			Raison de la consultation	Traitements reçus (médicaments, physio, chiro, repos, chirurgie)
	A	M	J		

- d) Quel autre traitement avez-vous reçu ou recevez-vous actuellement pour cette maladie? (par exemple, médicaments, thérapie etc.).

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

4. a) Est-ce que l'un de vos parents par le sang (père, mère, frères ou sœurs) a souffert d'une maladie similaire ou connexe?

Non Oui

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge où la maladie fut diagnostiquée pour la première fois

- b) Est-ce que l'un de vos parents par le sang (père, mère, frères ou sœurs) a souffert de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une maladie cardiaque avant l'âge de 60 ans ? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez détailler : _____

- c) Détenez-vous une assurance relativement à cet état de santé auprès d'une autre compagnie ? Non Oui

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie assurée	Une demande de règlement a-t-elle été soumise ?
			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

- d) Avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze derniers mois ? Non Oui

➤ Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type de produit et la quantité consommée par jour : _____

Depuis quand consommez-vous des produits du tabac ?

A	M	J

➤ Dans la négative, avez-vous déjà fait usage de produits du tabac antérieurement ? Non Oui

A quelle date avez-vous cessé de consommer des produits du tabac ?

A	M	J

- e) Veuillez fournir tout renseignement qui pourrait appuyer votre demande de règlement.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Je, soussigné, certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et véridiques.

Signature _____

Date

A	M	J

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre réclamation, veuillez vous assurer que toutes les questions ont bien été répondues.