

Déclaration du médecin traitant

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Assuré - N° FCC	N° de transit	N° de prêt
Nom à la naissance		Date de naissance
Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	N° d'assurance sociale

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Pour qu'une demande de règlement relative à un cancer soit acceptée aux termes de la présente police d'assurance en cas de maladies graves, celle-ci doit satisfaire à la définition suivante :

Par cancer, nous entendons le diagnostic, posé par un médecin autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlée de cellules malignes qui envahissent les tissus. Ceci comprend la leucémie et la maladie de Hodgkin.

Parmi les cancers non couverts, nous retrouvons :

- Cancer in situ.
- Cancer de la peau, sauf un mélanome malin envahissant le derme à une profondeur de plus de 0,7mm.
- Cancer de la prostate au stade A (T1N0M0).
- Toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Toute tumeur bénigne, précancéreuse ou non envahissante.
- Tout cancer récidivant ou toutes métastases d'une tumeur qui est survenue durant la période d'exclusion de 90 jours.

À noter : Aucune prestation n'est payable si tout symptôme ou trouble de la santé, ayant donné lieu à une investigation qui a mené à un diagnostic de cancer a commencé avant le 91^{ème} jour qui suit la date d'entrée en vigueur du certificat.

1. a) A quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes pour la première fois?

	A		M		J

Veillez décrire les symptômes et en fournir les détails.

b) Date de la première consultation à l'égard de ce état de santé?

	A		M		J

c) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient?

	A		M		J

2. a) Date à laquelle le diagnostic de cancer a été posé?

	A		M		J

b) Nous mentionner le type de cancer : _____

c) Spécifiez à l'aide de quel examen le diagnostic de cancer a été posé? (ex : imagerie , CT-Scanner)

d) A quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic?

	A		M		J

e) Qui a avisé le patient? _____

3. Veuillez nous fournir une copie des rapports de pathologie en indiquant les renseignements suivants :

- le type de tumeur _____
- l'emplacement de la tumeur _____
- l'histologie et la stadification _____

POURSUIVRE AU VERSO

4. Veuillez énumérer les noms et adresses des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à ce cancer :

Nom des médecins ou des hôpitaux	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Date du (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)
		A M J _ _ _ _ _ _	A M J _ _ _ _ _ _
		A M J _ _ _ _ _ _	A M J _ _ _ _ _ _
		A M J _ _ _ _ _ _	A M J _ _ _ _ _ _

5. a) Votre patient a-t-il déjà souffert d'un cancer ou souffert de tout trouble de santé ayant pu contribuer à sa maladie?
 Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates et les renseignements pertinents.

- b) Votre patient a-t-il subi un test aux fins de dépistage du virus de l'immunodéficience acquise (VIH)?

Date A M J _ _ _ _ _ _	Résultat :
Date A M J _ _ _ _ _ _	Résultat :

6. a) Le patient a-t-il des antécédents familiaux de cancer? Veuillez fournir des détails à cet effet.

- b) Veuillez fournir des renseignements sur tous autres antécédents familiaux importants comme maladie cardiovasculaire, maladie vasculaire cérébrale, et le diabète.

7. Veuillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage du tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois.

8. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Veuillez joindre à la présente les copies de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital aux fins d'évaluation par notre Directeur médical.

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

Nom et adresse (en caractères d'imprimerie) _____

Spécialité : _____

N° de téléphone () |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE _____ DATE A M J
 |_|_| |_|_| |_|_|

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.