

IDENTIFICATION

Titulaire de police:	N° de groupe
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nom de l'employé(e)	N° de certificat
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Prénom	Nom de famille

1.
 - a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes ou des premières crises de la maladie d'Alzheimer de votre patient ? Quels étaient ces symptômes ?
 - b) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection ?
 - c) Depuis combien de temps est-il votre patient ?

2. Veuillez présenter l'évolution clinique et décrire brièvement les troubles et les symptômes neurologiques de votre patient, en précisant les dates auxquelles ils sont apparus et leur durée.

3. À quelle date le patient a-t-il été informé pour la première fois du diagnostic d'atteinte possible de la maladie d'Alzheimer:
 - a) Le patient ?
 - b) La famille ?

4. À quelle date le patient a-t-il eu besoin de surveillance quotidienne de façon continue ?

5. Veuillez fournir :
 - A: Un exemplaire des résultats de tests et de consultations qui ont eu lieu pendant l'investigation de la maladie d'Alzheimer.
 - B: Les noms et les adresses des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été hospitalisé à l'égard de cette affection.

 - C: Le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

 - D: Le patient est-il suivi par un gériatologue? OUI NON
 Si « OUI », veuillez donner son nom, son adresse et la date de la dernière consultation.

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

***** Veuillez soumettre une copie de tout rapport de spécialiste ou tout rapport d'hôpital pour examen par notre directeur médical. *****

Notre contrat stipule qu'une maladie assurée doit être diagnostiquée par un médecin qui n'a pas de liens de parenté avec l'assuré.
Avez-vous des liens de parenté avec votre patient ? OUI NON

Nom du médecin (en lettres moulées)

Numéro de téléphone

Signature du médecin

Date

Une fois terminé

**veuillez envoyer le rapport à : Directeur Médical, The Wawanesa Life Insurance Company,
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8**