

**IDENTIFICATION**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Titulaire de police: | N° de groupe         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom de l'employé(e)  | N° de certificat     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom               | Nom de famille       |

1. Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de troubles visuels ?

2. Depuis combien de temps est-il votre patient ?

3. À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou pris conscience de troubles visuels pour la première fois ? Veuillez préciser.

4. a) Veuillez indiquer l'acuité visuelle corrigée ou le champ de vision de chaque œil ?

b) À quelle date cet examen a-t-il été effectué ?

c) Veuillez fournir le nom et l'adresse de l'ophtalmologiste.

5. a) Quelle est la cause de la cécité ?

b) La cécité est-elle permanente ?

c) Existe-t-il un traitement qui pourrait améliorer la vue de votre patient ?

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| 6.   | Veuillez indiquer les facteurs de risque ou les facteurs prédisposants de cécité de votre patient ainsi que les dates.   |                              |
| 7.   | Veuillez donner le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été hospitalisé à l'égard de cette perte de vision ou de tout trouble connexe. |                              |
| 8.   | Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.   |                              |
| <b>*** Veuillez soumettre une copie de tout rapport de spécialiste ou tout rapport d'hôpital pour examen par notre directeur médical. ***</b>  |  |                              |
| 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |                              |
| _____<br>Nom du médecin (en lettres moulées)   |  | _____<br>Numéro de téléphone |
| _____<br>Signature du médecin  |  | _____<br>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**