

IDENTIFICATION

Titulaire de police:

N° de groupe

Nom de l'employé(e)

N° de certificat

Prénom

Nom de famille

1. a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes 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. a) À quelle date ce cancer a été diagnostiqué ? Par qui ?

b) À quelle date le patient a-t-il été informé du diagnostic ? Par qui ?

3. Veuillez joindre une copie du rapport de pathologie donnant les renseignements suivants : le type de tumeur, l'endroit de la tumeur, l'histologie et la stadification.

4. 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 ce cancer.

5. a) Votre patient a-t-il déjà été atteint d'un cancer ou de tout trouble de santé prédisposant au cancer ? OUI NON
Si « OUI », veuillez fournir des renseignements et indiquer les dates :b) Votre patient a-t-il subi un test de détection du VIH ? OUI NON Si « OUI », veuillez fournir :

Date: _____ Résultat: _____

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**