



Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8 1-800-665-7076

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. a) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection ?		
b) Depuis combien de temps est-il votre patient ?		
2. a) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
b) À quelle date le diagnostic a-t-il été posé ?		
c) Par qui le diagnostic a-t-il été posé ? 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 crise cardiaque.		
3. Veuillez donner des renseignements sur tout autre médecin ou spécialiste que vous avez consulté relativement à votre maladie:		
a) Description et date du début des douleurs thoraciques.		
b) Les variations à l'ECG au moment de l'infarctus, ou toute copie des tracés disponible.		
c) Les niveaux des enzymes cardiaques, y compris la fraction MB, au moment.		
4. Quelles autres investigations ont été effectuées ? Veuillez préciser en donnant les dates ou joindre les rapports pertinents.		
5. Quand votre patient a-t-il présenté des symptômes ou été atteint d'une maladie cardiovasculaire pour la première fois ? Veuillez préciser et donner les dates.		

6. Veuillez indiquer les facteurs de risque ou les facteurs prédisposants de maladie cardiovasculaire de votre patient ainsi que les dates.	
7. 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<hr/> Nom du médecin (en lettres moulées)	<hr/> Numéro de téléphone
<hr/> Signature du médecin	<hr/> 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