



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

Formulaire de demande de règlement – Assurance contre les maladies graves
Rapport confidentiel du médecin
Insuffisance des deux reins

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) Depuis combien de temps est-il votre patient ?		
b) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes de maladie rénale ou d'une déficience de la fonction rénale, ou en a-t-il pris conscience, pour la première fois ? Quels étaient ces symptômes ?		
c) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette maladie rénale ?		
2. Votre patient est-il atteint d'une insuffisance irréversible en phase terminale qui touche les deux reins ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
3. Quelle est la cause de cette insuffisance rénale ?		
4. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé la dialyse rénale ?		
b) Votre patient reçoit-il une dialyse rénale sur une base régulière ?		
c) Une greffe du rein a-t-elle été pratiquée ou est-elle envisagée ?		
5. Veuillez donner les résultats des investigations et des examens de laboratoire pertinents.		
6. 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.		

7. Veuillez indiquer les facteurs de risque ou les facteurs prédisposants d'insuffisance rénale de votre patient, par ex., le diabète, l'hypertension.

8. 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**