

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

Titulaire de police:

N° de groupe

Nom de l'employé(e)

N° de certificat

Prénom

Nom de famille

1. Veuillez donner des précisions détaillées sur les troubles de santé ayant conduit à la greffe qu'a subie votre patient.
2.
 - a) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection ? Quels étaient ces symptômes ?
 - b) À quelle date le diagnostic a-t-il été posé ?
 - c) À quelle date le patient a-t-il été informé du diagnostic ? Par qui ?
3. Depuis combien de temps est-il votre patient ?
4. Depuis combien de temps la maladie en est-elle à la phase terminale ?
5. Veuillez donner des précisions sur la greffe, y compris le nom et l'adresse de l'hôpital et du chirurgien ou médecin traitant ainsi que la date de l'intervention.
6. Veuillez indiquer les facteurs de risque ou les facteurs prédisposants susceptibles de causer cette maladie chez votre patient ainsi que les dates.

7.	Veillez donner le nom et l'adresse des autres médecins qui ont traité votre patient à l'égard de cette maladie ou de tout trouble connexe.
8.	Les habitudes du patient ont-elles augmenté son risque de souffrir de ce trouble sous-jacent ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si « OUI », veuillez fournir des renseignements:
9.	Veillez 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 style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom du médecin (en lettres moulées)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Numéro de téléphone
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du médecin	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 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