

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. 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) À quelle date l'ACV s'est-il produit ?

b) Par qui le diagnostic a-t-il été posé ? Veuillez donner les noms et les adresses des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été hospitalisé à l'égard de cet ACV.

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

3. Veuillez donner les renseignements suivants à l'égard de l'ACV de l'assuré :

a) Veuillez préciser la cause de l'ACV.

b) Veuillez préciser les déficits neurologiques résiduels

c) Combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persistés ?

d) Veuillez fournir une copie de tout tomogramme disponible.

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 souffert d'une maladie cérébrovasculaire pour la première fois ? Quels étaient ces symptômes ? Veuillez préciser et donner les dates.
6.	Veuillez indiquer les facteurs de risque ou les facteurs prédisposants de la maladie cérébrovasculaire 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.
<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	
<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**