

Déclaration du médecin traitant Régime d'indemnités d'accident



Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

À l'attention de : service des Réclamations d'assurance-vie

236, Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute question, veuillez composer le 1 844 318-0411

Télécopieur : 1 855 496-3028 Courriel : wawanesalife-claims@wawanesa.com

wawanesavie.com

Renseignements sur le ou la participant(e) ou l'employé(e)

Nom du/de la participant(e)/de l'employé(e) : _____ Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

Numéro de téléphone : _____ Cellulaire Résidentiel

Nom de l'employeur : _____

Numéro du régime collectif : _____

Autorisation du ou de la participant(e) au régime/de l'employé(e)

Par les présentes, j'autorise la divulgation des renseignements médicaux et de santé dans mon dossier à Wawanesa Vie et à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de prestations et de l'administration du régime d'avantages sociaux. Ces renseignements médicaux et de santé comprennent, sans s'y limiter, les copies de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers hospitaliers.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans ces renseignements, ma demande de prestations ne peut être évaluée. Je comprends ma responsabilité à payer les frais exigés pour remplir ce formulaire.

Signature du ou de la participant(e) au régime/de l'employé(e)

Date du consentement (mm/jj/aaaa)

Déclaration du médecin traitant

****Si l'accident/la blessure n'a pas entraîné de congé, la déclaration du médecin traitant peut être remplie par un fournisseur de soins paramédicaux****

Quel est le diagnostic de votre patient(e)? _____

Votre patient(e) a-t-il ou a-t-elle subi(e) une blessure à la suite d'un accident? Oui Non

Cela a-t-il entraîné une absence du travail? Oui Non Si oui, saisir la première date d'absence au travail : _____

Date de la première visite auprès du ou de la participant(e) au régime (mm/jj/aaaa) : _____

Votre patient(e) a-t-il ou a-t-elle été hospitalisé(e)? Oui Non Si oui, saisir la date d'admission (mm/jj/aaaa) : _____

Date du congé (mm/jj/aaaa) : _____ Reste hospitalisé

Nom de l'établissement : _____

Procédure/traitement reçu à l'hôpital : _____

Antécédents et symptômes actuels

Le ou la patient(e) a-t-il ou a-t-elle déjà été traité(e) pour la même affection ou une affection similaire? Oui Non

Si oui, saisissez la date (aaaa-mm-jj) : _____

Veillez fournir des détails sur ce qui précède (fournisseur de traitement, symptômes) : _____

État de santé actuel

Veillez décrire les symptômes du ou de la patient(e), leur historique, leur gravité et leur fréquence :

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuel Autre : _____

Veillez expliquer si l'état de votre patient(e) est directement ou indirectement lié à une lésion des tissus mous (entorse, contusion, hernie ou traumatisme physique aigu de type coup de fouet).

Votre patient(e) a-t-il ou a-t-elle des restrictions ou des limitations dans l'exercice de ses fonctions? Oui Non

Si oui, veuillez préciser leurs restrictions et/ou limitations : _____

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, programme de réadaptation, autre)

Plan de traitement actuel du ou de la patient(e) : _____

Date de début du traitement (mm/dd/aaaa) : _____ Coût du traitement : _____

Durée prévue (en semaines) : _____ Réponse du ou de la patient(e) au traitement à ce jour : _____

Est-ce que le ou la patient(e) suit le plan de traitement recommandé? _____

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du ou de la patient(e) de gérer ses propres affaires? _____

Veillez énumérer toute complication ou affection supplémentaire ayant une incidence sur le niveau de fonctionnement ou la période de rétablissement prévue de votre patient(e) :

Pronostic : _____

Résultats des tests/analyses, rapports de consultation et notes de dossier

Votre patient(e) a-t-il ou a-t-elle passé des tests d'investigation (radiographie, IRM, ultrasons)? Oui Non

Si oui, indiquez quels tests ont été effectués : _____

Veillez inclure tous les rapports avec la déclaration du médecin traitant : Envoyé À suivre

Remarque à l'intention du médecin

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier de prestations d'assurance vie, maladie ou invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime et peuvent être accessibles au patient ou à la patiente ou à des tiers à qui l'accès a été accordé ou qui sont légalement autorisés à y avoir accès. En fournissant ces renseignements, je consens à la divulgation, sans modifications, des renseignements contenus dans les présentes.

Nom complet du médecin traitant ou du fournisseur de soins paramédicaux (en caractères d'imprimerie) : _____

Spécialité reconnue : _____

Adresse municipale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional) : _____ Numéro de télécopieur : _____

Signature du médecin

Date de signature (mm/jj/aaaa)

Sceau du médecin :