



# Tumeur cérébrale bénigne

## Déclaration du médecin (Spécialiste uniquement)

**(VEUILLEZ L'INDIQUER EN LETTRES MOULÉES)**

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Date de naissance (jj/mm/aa)

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone \_\_\_\_\_

1. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé à éprouver des symptômes? Date (jour mois année) \_\_\_\_\_  
En quoi consistaient ces symptômes? \_\_\_\_\_
- b) À quel moment votre patient a-t-il commencé à consulter par rapport à ce problème? Date (jour mois année) \_\_\_\_\_
- c) Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient? \_\_\_\_\_
2. a) Veuillez indiquer la date à laquelle la tumeur cérébrale a été diagnostiquée Date (jour mois année) \_\_\_\_\_
- b) À quelle date le diagnostic a-t-il été communiqué au patient? \_\_\_\_\_ Par qui? \_\_\_\_\_
3. Veuillez fournir une copie du rapport pathologique présentant les détails suivants :
  - Type de tumeur
  - Emplacement de la tumeur
  - Histologie
4. Veuillez indiquer les noms et adresses des autres médecins ou hôpitaux fréquentés par votre patient pour ce problème :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse <small>(numéro, rue, ville, province, code postal)</small>	Date de début <small>(jour mois année)</small>	Date de fin <small>(jour mois année)</small>
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------


5. Veuillez fournir toute autre information qui pourrait contribuer à l'évaluation à la réclamation de votre patient.

---

---

**Veuillez fournir des copies de tout dossier de spécialiste ou d'hôpital.**

_____ Nom (veuillez l'indiquer en lettres moulées)	_____ Diplôme
_____ Adresse municipale	_____ Ville Province Code postal
_____ Indicatif régional et numéro de téléphone	_____ N° de télécopieur
_____ Date	_____ Signature <b>M. D.</b>

Ce formulaire doit être rempli par un médecin autorisé à exercer au Canada dont la pratique se limite à la spécialisation particulière de la médecine portant sur la maladie grave applicable. L'ASSURÉ a la responsabilité de faire remplir ce formulaire, sans aucuns frais pour l'entreprise.

**CONSENTEMENT À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par La Compagnie D'Assurance-Vie Wawanesa, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.