
VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

◆ Nom de patient : _____
Nom de famille Prénom Date de naissance (mm/jj/aa)

Adresse : _____
Rue Ville Province Code postal

1 Date de l'accident cérébrovasculaire, ainsi que durée des symptômes aigus et des conditions concomitantes (mm/jj/aa):

2 Décrivez les symptômes subjectifs, y compris les limitations physiques et mentales : _____

3 Veuillez fournir des photocopies de vos dossiers y compris radiographies, tomodensitogramme, imagerie par résonance magnétique, preuve de laboratoire ainsi que tout autre test.

4 Date à laquelle le patient vous a consulté la première fois pour cette affection : _____ (mm/jj/aaaa)

5 Suivez-vous le patient régulièrement? Oui Non

6 Le patient a-t-il déjà souffert d'une telle affection ou d'une affection similaire p.ex. hypertension, accident ischémique transitoire ou autre maladie vasculaire? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la date et décrivez : _____

7 Suivez-vous toujours le patient pour cette affection? Oui Non

8 Date de retour aux activités normales et(ou) restrictions actuelles pour les activités du patient (physiques et mentales):

(mm/jj/aa) _____

9. Commentaires sur les séquelles neurologiques qui ont duré plus de 30 jours : _____

S'agit-il de séquelles permanentes? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

10. Quel traitement est planifié? _____

11. Prévoyez-vous un retardement du traitement? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

12. Veuillez donner les noms et les adresses de tous les médecins, les spécialistes ou les hôpitaux auxquels votre patient a été référé ou qu'il a consultés pour cette affection. Fournir des photocopies de tous les rapports de spécialiste ou d'hospitalisation pour fins d'étude par notre chef du Service médical :

Médecin : _____

Adresse : _____
Rue Ville Province Code postal

Médecin : _____

Adresse : _____
Rue Ville Province Code postal

13. Si, à votre avis, il y a d'autres renseignements qui pourraient aider notre chef du Service médical à évaluer cette réclamation, veuillez nous en faire part ici :

14. Le patient souffre-t-il d'autres maladies critiques? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

Nom du médecin (en lettres moulées) _____ Grade universitaire _____

Adresse _____ Ville Province Code postal

Indicatif régional et n° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Date (mm/jj/aa) _____ Signature _____ MD

Ce formulaire doit être rempli par un médecin canadien autorisé dont la pratique se limite à la branche particulière de la médecine ayant rapport à la maladie critique visée. L'ASSURÉ(E) a la responsabilité de faire remplir le présent formulaire sans aucuns frais pour l'assureur.

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 ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.