

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

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

1. A. Diagnostic. Veuillez décrire la première crise et fournir de la documentation pour :

a) le début des douleurs à la poitrine _____

b) élévation des marqueurs biochimiques des maladies cardiaques (**inclure les rapports de laboratoire**) : _____

c) les changements à l'ECG au moment du diagnostic (**inclure les tracés**) : _____

B. Veuillez fournir des photocopies de vos dossiers, des enquêtes, des rapports de consultation et des résumés d'hospitalisation au moment du diagnostic.

2. Suivez-vous le patient régulièrement? Oui Non

3. Date à laquelle les symptômes sont apparus (mm/jj/aa): _____

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

5. Le patient a-t-il déjà souffert d'une telle affection ou d'une affection similaire? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer la date et décrire : _____

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

7. Y a-t-il eu intervention chirurgicale? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquer la date et la nature de la chirurgie : _____

8. Quel traitement est planifié? _____

9. Prévoyez-vous un retard pour terminer le traitement? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

10. Veuillez donner les noms et adresses de tous les médecins, les spécialistes ou les hôpitaux auxquels votre patient a été référé ou qu'il a consultés pour cette affection :

Médecin

Adresse (Rue, Ville, Province, Code postal)

Médecin

Adresse (Rue, Ville, Province, Code postal)

11. 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 :

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

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

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.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 1P5
Téléphone: 1-844-318-0411, #3 Télécopieur:
1-855-496-3028 Courriel: WawanesaLife-claims@wawanesa.com wawanesalife.com