

<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom de la personne assurée	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom de la personne assurée
Date de naissance: <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de contrat	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de client

LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT AUX FRAIS DE LA PERSONNE ASSURÉE.

AUTORISATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

J'autorise la transmission à l'Assureur de tout renseignement ou dossier concernant mon état de santé. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .



 Signature de la personne assurée ou de son tuteur légal si la personne assurée a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

1 Cause du coma: Accident Maladie Autre cause: _____

Précisions: _____

2 Durée du coma: _____ jours

3 Description de tout ce qui, dans les habitudes de la personne assurée ou dans ses antécédents médicaux, aurait pu accroître le risque de coma:

4 Nom et adresse des autres médecins consultés:

Nom	Adresse	Date de la consultation
		<input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>
		<input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>
		<input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

5 Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où la personne assurée s'est présentée ou a été admise :

Nom (hôpital, établissement)	Adresse	Durée de l'hospitalisation							
_____	_____	Du	_____	_____	au	_____	_____	_____	
			Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour
_____	_____	Du	_____	_____	au	_____	_____	_____	
			Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour
_____	_____	Du	_____	_____	au	_____	_____	_____	
			Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour


6 Est-ce que la personne assurée fume la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait l'usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique? Oui Non

Si oui:	Si non:
Depuis quand la personne assurée fume-t-elle? _____	Est-ce que la personne assurée a déjà fait usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Année Mois Jour	
Usage quotidien: _____	Si oui, date de cessation: _____
	Année Mois Jour

7 Renseignements additionnels: _____

Pour les besoins d'évaluation du directeur médical de l'Assureur, fournir une copie de tout rapport et résultat de tests disponibles relativement au diagnostic.

8 Êtes-vous un membre de la famille ou un associé de la personne assurée? Oui Non

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .	
	_____
Signature du médecin traitant	Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste – Précisez: _____	N° du permis d'exercice: _____
_____	_____
Adresse (n°, rue, ville, province)	Code postal
_____	_____
Ind. rég.	Téléphone