

Nom de la personne assurée			Prénom de la personne assurée		
Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° de contrat		N° de client
Année		Mois	Jour		
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)					Code postal
Ind. rég.		Téléphone			

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 La personne assurée est-elle représentée par un tuteur au majeur? Oui Non – **Si oui**:

Nom du tuteur

Prénom du tuteur

Lien avec la personne assurée

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)

Code postal

Ind. rég. Téléphone (résidence)

Ind. rég. Téléphone (travail)

2 La personne assurée demeure-t-elle à l'adresse mentionnée ci-dessus? Oui Non

Si oui, avec qui demeure-t-elle?

- Seule
- Son conjoint
- Un membre de sa famille
- Autre: _____

Si non, où demeure-t-elle?

- Dans un centre d'hébergement
- Dans un hôpital
- Dans la résidence d'un membre de sa famille
- Autre: _____

3 La personne assurée a-t-elle séjourné à l'extérieur du Canada et des États-Unis d'Amérique depuis le début de son état de dépendance? Oui Non

Si oui, du au

Année Mois Jour

Année Mois Jour

4 La personne assurée a-t-elle passé une évaluation des capacités psychosociales ou fonctionnelles par un professionnel de la santé d'un CLSC?

Oui Non – **Si oui**, nom et adresse du CLSC:

5 Nom et adresse du médecin personnel de la personne assurée:

Nom du médecin

Adresse (n°, rue, ville, province)

Code postal

6 Nom et adresse des autres médecins consultés :

Nom	Adresse	Date de la consultation
_____	_____	_____ _____ _____ Année Mois Jour
_____	_____	_____ _____ _____ Année Mois Jour
_____	_____	_____ _____ _____ Année Mois Jour

7 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

8 Raisons pour lesquelles la personne assurée n'a pas séjourné dans un hôpital ou un autre établissement : _____

9 Renseignements additionnels : _____

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée ou de son tuteur

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca.