

Instructions

1. Remplir la déclaration du réclamant et signer les autorisations.
2. Faire remplir le verso par le médecin traitant.
3. Tous les frais engagés sont à la charge du réclamant.

N° de contrat _____

Identification du réclamant

Nom et prénom

Nom à la naissance

Adresse

Province

Code postal

Sexe : F M

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Téléphone résidence : | | | | | | | | | | | | | | | |

Téléphone bureau : | | | | | | | | | | | | | | | |

Renseignements relatifs à la maladieS'agit-il? d'un accident d'automobile d'un accident de travail d'une chute d'une maladie autre : _____

Date de l'accident, s'il y a lieu, ou date du début de la maladie : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Nature de la blessure ou de la maladie : _____

Décrivez les circonstances de l'accident, s'il y a lieu : _____

S'il s'agit d'une maladie, à quelle date sont apparus les premiers symptômes? | A | A | A | A | M | M | J | J |

À quelle date a eu lieu la première consultation? | A | A | A | A | M | M | J | J |

Avez-vous déjà souffert de cette maladie auparavant? Non Oui Si oui, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Nom et adresse du médecin que vous avez consulté la première fois pour la maladie grave

Nom et adresse des autres médecins qui vous ont traité pour la maladie grave

Nom et adresse de votre médecin de famille depuis les cinq (5) dernières années

Avez-vous séjourné dans un hôpital ou une autre institution de santé?

 Non Oui Si oui, lequel?

(Nom et adresse complète)

Période d'hospitalisation : du : | A | A | A | A | M | M | J | J | au : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Faites-vous usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ou tout autre forme? Non OuiAvez-vous déjà fait usage de tabac? Non Oui Si oui, à quelle date avez-vous cessé de fumer? | A | A | A | A | M | M | J | J |**Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.****Tous les frais encourus pour la rédaction du formulaire sont à la charge du réclamant.****X**

Signature du réclamant

Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

