



ÉVALUATION PROVISOIRE DE L'ÉQUITABLE

Renseignements sur le conseiller

Nom de la conseillère ou du conseiller (prénom, nom de famille)

Adresse courriel

Renseignements sur le client

Nom de la cliente ou du client (facultatif)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Sexe : masculin fémininStatut tabagique : personne fumeuse personne non fumeuse autre (veuillez préciser) _____

Taille/Poids (si connu)

Renseignements sur la blessure ou la maladie

Diagnostic

Date du diagnostic (mm/jj/aaaa)

Arrêt de travail Oui Non

(dans l'affirmative, veuillez préciser) _____

Hospitalisation Oui Non

(dans l'affirmative, veuillez indiquer la durée du séjour ou du traitement) _____

Traitement actuel, y compris la médication et la posologie

En attente d'exams médicaux ou de tests

Date et résultats des derniers suivis ou tests médicaux

Date et précisions de la dernière apparition des symptômes, épisodes ou poussées actives

Renseignements supplémentaires

Antécédents familiaux

Autres renseignements

(par ex. : le produit et le montant souhaité)

Les évaluations PROVISOIRES sont assujetties à une analyse de tarification complète et une décision. Chez l'Équitable^{MD}, toutes les opinions liées à la tarification médicale sur les demandes seront soumises à une analyse de la proposition d'assurance dûment remplie et aux exigences habituelles, relatives à l'âge et aux montants, demandées par le Service de la tarification médicale aux fins de finalisation.

Demande de renseignements généraux concernant la tarification : indnewbus@equitable.ca