



## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT À LA PRESTATION DU VIVANT

### Partie 1 : AUTORISATION DU PATIENT

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) \_\_\_\_\_

N° de téléphone (avec l'indicatif régional) \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement médical et de tout autre renseignement à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada et à la titulaire ou au titulaire de contrat qui auront été demandés par L'Assurance vie Équitable qui concernent cette demande de réclamation

**Signature du patient** **Date**

### Partie 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

#### 1. Antécédents

a) Date à laquelle les symptômes sont apparus ou l'accident est survenu :

b) La patiente ou le patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection similaire?

Non  Ne sais pas  Oui, veuillez fournir des précisions

c) Nom et coordonnées des autres médecins traitants ou fournisseurs de soins de santé.

#### 2. Diagnostic (y compris toute complication)

a) Diagnostic principal

b) Symptômes subjectifs

c) Signes objectifs (Veuillez joindre une copie des radiographies, des électrocardiogrammes, des derniers résultats de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent qui appuient votre diagnostic.)



## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT À LA PRESTATION DU VIVANT

### Partie 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (SUITE)

#### 3. Traitement

a) Date de la première visite :

JJ / MM / AAAA

b) Date de la dernière visite :

JJ / MM / AAAA

c) Fréquence des visites :  hebdomadaire  mensuelle  autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

d) Nature du traitement : (y compris les chirurgies, les thérapies et tout médicament prescrit)

e) À votre connaissance, la patiente ou le patient suit-il le traitement recommandé?  Oui  Non, veuillez fournir des commentaires

#### 4. Progrès

Quel est l'état de santé actuel de la patiente ou du patient?

rétabli  amélioré  aucune amélioration  régressé depuis son arrêt de travail

#### 5. Pronostic

L'état de santé de votre patiente ou de votre patient entrainera-t-il une espérance de vie de moins de 24 mois?  Oui  Non

#### 6. Remarques

Veuillez fournir tout commentaire ou renseignement supplémentaire que vous jugez pertinent.

Nom de la médecin ou du médecin traitant : (en lettres moulées s.v.p.) \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : (numéro, rue, ville, province et code postal) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Date : JJ / MM / AAAA