

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE POUR ENFANT Déclaration du médecin traitant

Identification de l'assuré

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____ Année Mois Jour
l'assuré _____	Code postal _____ N° de contrat : _____
Tél. : (____) _____	Résidence
J'autorise, par les présentes, la transmission à l'Assureur de tout renseignement ou dossier concernant l'état de santé de mon enfant assuré se rapportant à cette demande de prestation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.	
Signature de l'enfant assuré _____	Date (année/mois/jour) _____
Signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'enfant est d'âge mineur _____	Date (année/mois/jour) _____

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)

1. Veuillez indiquer le diagnostic. _____
2. À quelle date les symptômes de votre patient sont-ils apparus pour la première fois? _____
Année Mois Jour
Quels étaient ces symptômes? _____
3. a) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cet état de santé? _____
Année Mois Jour
b) Le patient a-t-il été orienté vers vous? oui non
c) Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient? _____
Année Mois Jour
4. Veuillez fournir les noms et adresses des autres médecins qu'a consultés votre patient ou des hôpitaux où il s'est présenté ou admis relativement à cette maladie.

Nom	Adresse	Date du (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)

5. Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à notre étude de cette demande de règlement.

Veuillez fournir une copie de tout rapport et résultat de tests disponibles relativement au diagnostic pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré, ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec cet assuré? Oui Non

Signature du médecin traitant	Date
Nom et n° de permis (en lettres majuscules)	Adresse

LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT