

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE POUR ENFANT Déclaration du demandeur

- Ce formulaire doit être rempli par le père, la mère ou le tuteur légal si l'enfant assuré est d'âge mineur.
- L'Assureur se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires s'il le juge nécessaire.
- L'Assureur n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la demande de règlement.

Identification de la personne assurée

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____ Année Mois Jour
l'assuré(e) _____	N° de contrat : _____
Tél. : (____) _____	Code postal _____
Résidence	

1. Renseignements sur la maladie grave

a) Veuillez décrire la nature et la sévérité de l'affection dont l'enfant assuré est atteint. _____

Date du diagnostic ou de l'opération : _____
 Année Mois Jour

b) Date de l'apparition des premiers symptômes : _____
 Année Mois Jour

Veuillez décrire ces symptômes. _____

c) À quelle date l'enfant assuré a-t-il consulté un médecin la première fois pour cette condition? _____
 Année Mois Jour

Nom du médecin consulté : _____

d) L'enfant assuré a-t-il subi des tests ou des examens pour confirmer le diagnostic?
 Si oui, veuillez donner les détails ainsi que les dates.

e) L'enfant assuré a-t-il déjà souffert ou reçu des traitements pour une condition identique ou similaire?
 Si oui, veuillez donner les détails ainsi que les dates.

2. Consultations médicales

a) Veuillez donner le nom et l'adresse du médecin personnel de l'enfant assuré.

(verso)

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE POUR ENFANT Déclaration du demandeur

Consultations médicales (suite)

b) Veuillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés en raison de cette maladie de l'enfant assuré.

Nom	Adresse	Dates de consultation
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
		Année Mois Jour

c) Si l'enfant assuré a été traité dans un hôpital ou dans un autre établissement, veuillez indiquer les détails suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date de l'admission	Date de congé
_____	_____	_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
		Année Mois Jour	Année Mois Jour

d) Quels autres traitements ou médicaments l'enfant assuré a-t-il reçu ou reçoit-il présentement pour cette maladie?

Nom du traitement	Hôpital / Institution / Médecin traitant	Dates
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
		Année Mois Jour

3. Renseignements généraux

a) Soumettez-vous une demande de prestation pour cette maladie auprès d'une autre compagnie. Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie	Demande déjà soumise?
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

b) Veuillez nous fournir tout autre renseignement que vous croyez utile à l'étude de votre demande de prestation.

Je, soussigné, déclare / Nous, soussignés, déclarons que les réponses sont complètes et véridiques.

Nom de l'enfant assuré

Nom du père, de la mère ou du tuteur légal

Signature de l'enfant assuré

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'enfant est d'âge mineur

Date (année/mois/jour)

(_____) _____
Numéro de téléphone du père, de la mère ou du tuteur légal

Veuillez transmettre une copie du certificat de naissance de l'enfant assuré