

Consultations médicales (suite)

b) Veuillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés pour cette maladie :

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

c) Si vous avez été traité dans un hôpital ou une autre institution, 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 avez-vous reçu ou recevez-vous présentement pour cette maladie?

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

3. Renseignements généraux

a) Un membre de votre famille a-t-il souffert d'une condition identique ou similaire? Si oui, veuillez indiquer :

Lien de parenté	Description de la maladie	Dates et âge au 1 ^{er} diagnostic	_____ ans
_____	_____	_____-_____-_____	_____ ans
_____	_____	_____-_____-_____	_____ ans
_____	_____	_____-_____-_____	_____ ans
		Année Mois Jour	

b) Soumettez-vous une demande de règlement pour cette maladie auprès d'une autre compagnie. Si oui, veuillez préciser :

Nom de l'assureur	Type de bénéfice	Montant du bénéfice demandé	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"/>

c) Faites-vous usage du tabac? Oui Non

Si oui, indiquez l'usage quotidien _____

Depuis quand fumez-vous ? _____

Si non, avez-vous fait usage de tabac dans le passé? Oui Non

À quelle date avez-vous cessé? _____

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

Je déclare que les réponses sont complètes et véridiques

_____ Date

_____ Signature de la personne invalide

Veuillez transmettre une copie de votre certificat de naissance, à moins que vous ne l'ayez déjà transmis antérieurement