

# ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES CANCER

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Réclamations vie  
1900 Albert Street  
Regina SK S4P 4K8

Tél. : 1-866-442-3098

Télé. : 1-866-889-9925

## DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

La section confidentielle sur les renseignements médicaux doit être remplie par votre oncologue.

Le patient prend à sa charge les frais exigés pour remplir le formulaire.

La ou les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

**Une fois le formulaire rempli, le bureau du médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).**

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

### 1. VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL, DES RAPPORTS D'EXAMENS, DES DIAGNOSTICS, DES RAPPORTS DE CONSULTATIONS ET DES RÉSUMÉS D'HOSPITALISATION.

2. Diagnostic :

- Leucémie lymphoïde chronique (LLC)       Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)       Mélanome malin au stade 1A
- Carcinome in situ du sein       Cancer de la thyroïde

3. Date du début des symptômes \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

4. Date du diagnostic \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

5. Date où le patient a été informé du diagnostic \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

6. Y a-t-il des antécédents d'une maladie connexe dans la famille du patient, ou tout autre antécédent familial pertinent?  Oui  Non

Si oui, précisez :

---

---

---

7. Parmi les habitudes du patient ou ses antécédents médicaux personnels ou familiaux, quels facteurs auraient pu augmenter le risque de son affection ou y contribuer?

---

---

---

8. Le patient fait-il usage ou a-t-il déjà fait usage d'un des produits suivants : tabac sous une forme quelconque, marijuana, produits à la nicotine ou substituts de nicotine (par « produits à la nicotine », on entend cigarette, cigarillo, cigare, pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, gomme ou timbre à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)?  Oui  Non

Si oui, de quel(s) produit(s) s'agit-il? \_\_\_\_\_

Nombre ou quantité consommée par jour : \_\_\_\_\_ Date de la dernière consommation : \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

9. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins consultants, spécialistes ou hôpitaux vers lesquels le patient a été dirigé ou qui l'ont traité pour son affection :

---

---

---

