



Instructions pour  
remplir ce formulaire

Ce formulaire doit être rempli par le client (le titulaire de certificat assuré) ainsi que par le médecin traitant.

Veillez le remplir comme suit :

Déclaration du client

- Le client remplit les parties 1, 2, 3 et 4.
- La personne assurée hospitalisée, âgée de 16 ans ou plus (si elle n'est pas le client) remplit les parties 2, 3 et 4.

Déclaration du médecin traitant

- Le médecin remplit cette partie en entier.

Nous accepterons une copie de votre permis de conduire ou votre passport comme preuve d'âge.

Les frais exigés pour remplir le formulaire sont à la charge du client.

**Veillez joindre au formulaire un relevé de compte détaillé de l'hôpital montrant les dates de votre hospitalisation. Nous ne pouvons procéder avec votre demande sans ce document.**

Prière de faire parvenir le formulaire original et tout autre document pertinent à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance vie RBC  
C. P. 4435, succursale A  
Toronto (Ontario)  
M5W 5Y8

Téléphone : (416) 643-4700  
Sans frais : 1 877 519-9501  
Télécopieur : 1 800 714-8861

**Tout formulaire incomplet sera retourné à son expéditeur.**

Veillez nous accorder de 10 à 15 jours pour traiter votre demande.



1 Renseignements personnels

Nom de la personne assurée (nom de famille, prénom, initiales) \_\_\_\_\_ Date de naissance de la personne assurée (jj/mm/aaaa) (veuillez joindre une copie du certificat de naissance) \_\_\_\_\_

Nom du client (nom, prénom, initiales) \_\_\_\_\_ Date de naissance du client (jj/mm/aaaa) (veuillez joindre une copie du certificat de naissance) \_\_\_\_\_

Numéro de certificat \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec le client :  
 Soismême  Conjoint  Enfant\*

\*S'il s'agit d'un enfant de 19 ans ou plus, est-il :  Invalide ?  Étudiant à plein temps ?\*\*

\*\*S'il s'agit d'un étudiant à plein temps, veuillez fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement accrédité.

Adresse du client (numéro, rue et numéro d'app.) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone domiciliaire du client (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel du client (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2 Renseignements visant le séjour à l'hôpital

Avez-vous été admis à un hôpital en raison de votre état actuel ?  Oui\*  Non  
Dans l'affirmative, indiquez les dates du séjour : \_\_\_\_\_ du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ Adresse de l'hôpital \_\_\_\_\_

Indiquez le genre de séjour :  
 Patient externe  Patient admis  Chirurgie d'un jour  Autre (préciser s.v.p.)  
l'hôpital avez-vous été hospitalisé ?  
 Soins intensifs  Soins coronariens intensifs  Soins coronariens  Soins palliatifs  
 Soins de réadaptation  Soins de convalescence  Soins de longue durée  Urgence

Quand pour la première fois votre médecin a-t-il mentionné la possibilité d'une intervention chirurgicale ou d'une hospitalisation ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Quand la chambre d'hôpital a-t-elle été retenue ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

L'intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée pour des raisons cosmétiques ?  Oui  Non

Raison de l'hospitalisation  
Nature de l'affection

Pour quelle raison avez-vous été hospitalisé ?  Maladie  Blessure  
Diagnostic/Nature de l'affection \_\_\_\_\_

Date d'apparition des premiers symptômes (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une maladie

Donnez la date à laquelle vous avez reçu les premiers soins médicaux ou conseils ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une blessure

Date de l'accident (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Description de la blessure \_\_\_\_\_

Si la blessure est attribuable à un accident d'automobile

Nom du conducteur du véhicule dans lequel vous vous trouviez \_\_\_\_\_

Nom/adresse de la division de l'agent de police appelé \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un constat d'accident ?  Oui\*  Non \*Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie.



1 Renseignements visant l'hospitalisation

Nom du patient (nom de famille, prénom, initiales) \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Date de sortie de l'hôpital (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date de l'intervention chirurgicale (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention chirurgicale \_\_\_\_\_

Diagnostic principal pour lequel le patient a été admis à l'hôpital

Affection principale \_\_\_\_\_

Affection secondaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une maladie (directement ou indirectement)

Cette maladie a-t-elle été la cause contributive de l'admission à l'hôpital ?  Oui  Non

Date de la première consultation pour une manifestation quelconque des symptômes de cette affection (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Le diagnostic a été posé pour la première fois le (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue ?  Oui\*  Non

\*Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer la date.

S'il s'agit d'une blessure

L'affection est-elle principalement attribuable à un accident ?  Oui  Non Date de l'accident (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

\*Dans l'affirmative, veuillez préciser.  Accident d'automobile  Accident lié au travail  Autre

Veuillez décrire l'accident. \_\_\_\_\_

Soins médicaux

Suivez-vous régulièrement le patient ?  Oui  Non Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  hebdomadaires  mensuelles  autre (précisez) \_\_\_\_\_

Dans le cas d'une patiente enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Complications pathologiques de sa grossesse. \_\_\_\_\_

Soins médicaux antérieurs

Décrivez toutes les consultations antérieures du patient concernant l'affection invalidante actuelle (précisez les dates, les signes et symptômes, les constatations diagnostiques et les traitements). \_\_\_\_\_

Si le patient a été orienté vers vous, indiquez le nom du médecin orienteur. \_\_\_\_\_

Consultations  
antérieures

Avez-vous déjà souffert d'une affection de ce genre ?  Oui\*  Non

\*Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du ou des médecins consultés et les dates de traitement.

Nom de votre médecin de famille

Adresse

Téléphone

( )

Indiquez les noms, adresses et numéros de téléphone de TOUS les autres médecins que vous avez consultés au cours des 5 dernières années

3 Déclaration

Avez-vous fait usage du tabac au cours des 12 mois précédant la date de votre hospitalisation ?  Oui\*  Non

\*Dans l'affirmative, veuillez préciser :  cigarettes  pipe  cigares

Il est entendu que ma déclaration concernant l'usage du tabac est une déclaration essentielle à l'assurance et que la Compagnie se fondera sur sa véracité pour évaluer ma demande de règlement.

Signature du client

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du témoin

Date (jj/mm/aaaa)

Confidentialité

- Tous les renseignements demandés dans ce formulaire serviront uniquement à évaluer votre demande de règlement. Ils seront donc traités en toute confidentialité.
- Pour protéger la confidentialité de ces renseignements, RBC Assurances<sup>mc</sup> établira un « dossier de demande de règlement » d'où elle puisera les renseignements pour évaluer votre demande.
- L'accès à ce dossier ne sera accordé qu'aux employés de RBC Assurances, ses fournisseurs de service et ses représentants responsables de l'évaluation de votre demande ainsi qu'à toute personne autorisée par vous ou par la loi.
- Votre dossier sera conservé en toute sécurité dans les bureaux de RBC Assurances et de ses fournisseurs de service.

4 Autorisation

J'atteste que les renseignements donnés dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

- Je comprends que RBC Assurances, ses fournisseurs de service et ses représentants pourraient faire une enquête visant cette demande de règlement.
- J'autorise tous médecins, praticiens, professionnels de la santé, établissements de soins de santé, organismes médicaux, cliniques et établissements sanitaires connexes, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, sociétés, organismes, institutions, associations ou personnes à transmettre à RBC Assurances, à ses fournisseurs de service et à ses représentants, tout renseignement ou dossier que ces derniers pourraient demander afin d'établir ou de vérifier la validité de cette demande de règlement, et à échanger ces renseignements avec eux.
- Une photocopie de la présente autorisation est valide au même titre que l'original.

Nom du client

Signature du client

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de la personne assurée (si elle n'est pas le client)

Signature de la personne assurée

Date (jj/mm/aaaa)

---

Le patient a-t-il fait usage du tabac au cours des 12 mois précédant la date de son hospitalisation ?

Oui\*    Non    Ne sais pas

\*Dans l'affirmative, veuillez préciser :    cigarettes    pipe    cigares

---

Commentaires et  
renseignements  
pertinents sur  
l'état actuel du  
patient

---

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Spécialité

---

Adresse (numéro, rue et numéro de bureau)

---

Ville

Province

Code postal

---

Téléphone

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Télécopieur

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Date (jj/mm/aaaa)

---

Les frais exigés pour remplir le formulaire sont à la charge du patient.