

Demande de règlement pour maladie grave

Brûlures graves

Déclaration confidentielle du médecin



Assurances

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____
Nom de famille Prénom Initiale

Date de naissance : _____ Police(s) no(s) : _____
(JJ/MM/AAAA)

Demande(s) de règlement no(s) : _____

Ce que nous demandons et pourquoi

Votre patient a présenté une demande de prestations en vertu d'une police établie par la **Compagnie d'assurance vie RBC, ainsi que ses réassureurs participants** et son admissibilité aux prestations sera évaluée d'après son état médical. Comme vous pouvez imaginer, les renseignements que vous nous fournissez sont essentiels à notre évaluation. Nous sollicitons votre collaboration afin de nous fournir des renseignements appropriés.

Nous vous demandons de remplir la déclaration du médecin de la façon la plus complète possible. Soyez assuré que les renseignements demandés, y compris les rapports médicaux, sont nécessaires au processus décisionnel en ce qui a trait à la demande de règlement de votre patient et seront traités sous le sceau de la confidentialité.

Nous vous demandons une copie du dossier complet de ce patient, notamment, des consultations auprès des spécialistes. Nous sommes prêts à vous verser des honoraires de 50,00 \$ en remboursement le coût pour préparer l'information. Si ce montant est insuffisant en raison de la taille du dossier du patient, demandez à un membre de votre personnel de communiquer avec nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501. **Veillez toutefois noter que les honoraires pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.**

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

DIAGNOSTIC

1. Veuillez indiquer la date à laquelle le patient vous a consulté la première fois pour l'accident ou l'affection ayant causé les brûlures graves et indiquer, à ce moment-là, depuis combien de temps la déficience était présente :

2. Le patient a-t-il déjà souffert de l'affection susmentionnée ou de toute affection y étant reliée ? Oui Non

Si «Oui», veuillez indiquer les dates et les situations ayant entraîné les brûlures précédentes :

3. Veuillez décrire les circonstances entraînant les brûlures :

4. Quelle est la date exacte de l'incident ayant donné lieu aux brûlures graves ? _____ (JJ/MM/AAAA)

5. Veuillez décrire l'étendue de l'affection du patient comme suit :

a) Le pourcentage de la surface du corps couverte par les brûlures : _____

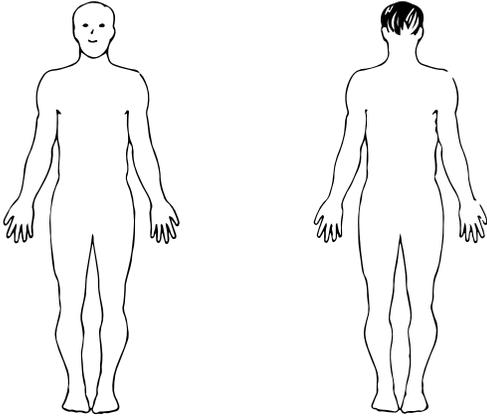
b) La partie du corps affectée par les brûlures (c.-à-d. les membres, le torse, etc.) : _____

c) La nature des brûlures (c.-à-d. des brûlures au premier, deuxième ou troisième degré) : _____

6. Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins consultés ou hôpitaux où le patient a été traité pour cette affection :

Médecin/Hôpital	Adresse et n° de téléphone	Dates des visites (JJ/MM/AAAA)

7. Veuillez ombrer sur le diagramme les parties affectées par les brûlures :



8. Veuillez donner des détails sur tout test effectué :

9. Veuillez donner des détails sur toute chirurgie effectuée, y compris les dates, l'hôpital, le nom du chirurgien et le site de la greffe :

10. Y a-t-il un élément des habitudes ou des antécédents personnels du patient qui aurait augmenté les risques d'accidents ou de brûlures ? Oui Non

Si «Oui», veuillez donner des détails : _____

11. Êtes-vous au courant d'une demande de règlement en vertu de l'assurance responsabilité déposée par une tierce partie ? Oui Non

Si «Oui», veuillez donner des détails : _____

12. a) Veuillez indiquer en détail si le patient fait ou a fait usage du tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation :

b) Veuillez indiquer en détail si le patient fait ou a fait usage de tout produit de désaccoutumance au tabac ou de toute drogue illicite, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation :

13. Veuillez fournir tout autre renseignement que vous croyez pertinent à l'évaluation de la demande de règlement du patient : _____

Notre contrat exige qu'une maladie assurée soit diagnostiquée par un médecin qui n'a aucun lien de parenté ou aucune relation d'affaires avec la personne assurée. Avez-vous des liens de parenté ou des relations d'affaires avec la personne assurée ? Oui Non

SIGNATURE

Signature _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____ Diplôme et spécialité _____

Nom du médecin _____ Soins primaires Conseiller

Adresse _____
(Rue / Ville / Province / Code postal)

Adresse de courrier électronique _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC,
Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8
www.rbcassurances.com