

Demande de règlement pour maladie grave Greffe d'organe important / insuffisance d'organe important nécessitant une greffe 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 donner tous les détails sur l'affection entraînant la greffe du patient :

2. a) À quelle date le patient a-t-il souffert des premiers symptômes de cette affection ? _____ (JJ/MM/AAAA)

b) Quels étaient les symptômes décrits par le patient ?

c) À quelle date l'affection a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois ? _____ (JJ/MM/AAAA)

d) Quand le patient a-t-il pris connaissance du diagnostic et qui le lui a posé ?

e) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? _____

3. Depuis quand la maladie terminale est-elle présente ? _____

4. Veuillez donner des détails sur la greffe effectuée, y compris les nom et adresse de l'hôpital, du médecin/chirurgien traitant, ainsi que la date de la procédure :

5. Veuillez décrire tout facteur de risque ou toute prédisposition du patient pour l'affection sous-jacente et donner les dates : _____

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

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

7. a) Les habitudes ou les antécédents familiaux du patient peuvent-ils avoir augmenté le risque de l'affection sous-jacente ? Oui Non
Si «Oui», veuillez donner des détails :

b) Veuillez donner des détails sur tout antécédent familial important :

8. 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, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation :

9. 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

® / MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.