C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
ivari.ca

Programme d'assistance pour raisons humanitaires – Déclaration du médecin traitant

À l'attention du médecin : Le patient a présenté une demande de prestations à l'égard de sa police d'assurance vie. Son admissibilité aux prestations sera déterminée en fonction des renseignements fournis dans la présente déclaration.

1 Renseignements sur le patient

Nom	Numéro de police
Adresse	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

2 Diagnostic et pronostic

a) Diagnostic de l'état actuel du patient (y compris les complications) :

b) Symptômes subjectifs :

c) Constatations objectives (y compris les résultats récents de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tests de laboratoire et d'autres examens cliniques) :

d) À votre avis, le patient est-il mentalement apte à gérer ses biens et ses finances? ○ Oui ○ Non

e) Le patient souffre-t-il d'une maladie en phase terminale? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, combien de temps lui reste-t-il à vivre? _____ mois

3 Antécédents

a) Date des premiers symptômes ou de l'accident : (JJ/MM/AAAA) _____

b) Date à laquelle le patient a été avisé du diagnostic : (JJ/MM/AAAA) _____

c) Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer à quel moment et décrire la maladie : _____

4 Dates des consultations

a) Date de la première consultation : (JJ/MM/AAAA) _____

b) Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) _____

c) Fréquence des consultations ○ Hebdomadaire ◉ Mensuelle ○ Autre (veuillez préciser) : _____

5 Nature du traitement (y compris les chirurgies ou médicaments prescrits, le cas échéant)

6 Si le patient vous a été référé par un autre médecin, veuillez indiquer son nom.

7 Évolution de l'état de santé

a) Depuis la date du diagnostic, l'état du patient ○ s'est amélioré ○ n'a pas changé ○ s'est empiré

b) Le patient est-il ○ ambulatoire? ○ confiné à la maison? ○ alité? ○ hospitalisé?

c) Le patient a-t-il été contraint de rester à l'hôpital? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser les dates d'hospitalisation :

Du (JJ/MM/AAAA) _____ au (JJ/MM/AAAA) _____

Nom et adresse de l'hôpital : _____

8 Commentaires additionnels :

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	
Adresse d'affaires	Téléphone	Télécopieur
Ville	Province	Code postal

Je déclare par les présentes que tous les énoncés et toutes les réponses fournis ci-dessus sont, pour autant que je sache, véridiques, complets et précis.

Je reconnais qu'il incombe au patient de payer tous les frais exigés pour faire remplir la présente Déclaration du médecin traitant.

Signature du médecin _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

ivari MC C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-800-846-5970 • **reclamations@ivari.ca**

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER