

**Partie 1 - Identification de la personne assurée**N° de Police : Nom de famille : Prénom : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jourNuméro de téléphone :   

J'autorise, par la présente, la divulgation des renseignements relatifs à cette demande de règlement, à mon assureur, Humania Assurance Inc.

Date :  /  /  Signature : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour**Partie 2 - Déclaration du médecin traitant**1. a) Cette personne a-t-elle subi une opération du coeur pour corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe?  Oui  Nonb) L'opération a-t-elle été recommandée par un cardiologue-conseil autorisé à exercer au Canada?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse du cardiologue-conseil qui a recommandé l'opération.

c) Date de l'opération :  /  /   
année / mois / jour

d) Lieu de l'opération : \_\_\_\_\_

e) Détails de l'intervention chirurgicale (avec nombre et emplacements des greffes). Joindre une copie du rapport de l'intervention.

2. a) Date d'apparition des premiers symptômes :  /  /   
année / mois / jourb) Date à laquelle cette personne a consulté pour la première fois un médecin du fait de ce problème :  /  /   
année / mois / jour

## Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

c) Date à laquelle cette personne vous a consulté pour la première fois du fait de ce problème :     /   /    
année / mois / jour

d) Date à laquelle cette personne s'est rendue compte pour la première fois de ce problème :     /   /    
année / mois / jour

3. Cette personne a-t-elle des antécédents de problèmes cardiaques ou d'épisodes du problème de santé sous-jacent ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Savez-vous si des membres de la famille immédiate de cette personne ont souffert de problèmes cardiaques, ou de problème similaires, ou s'ils ont subi une opération du coeur ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Cette personne a-t-elle consulté d'autres médecins ou a-t-elle été hospitalisée pour ce problème de santé ou pour un problème de santé connexe ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Facteurs contributifs: \_\_\_\_\_

7. Veuillez décrire en détail le problème de santé de cette personne qui a entraîné l'opération. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Quels tests, investigations ou interventions ont été effectués avant l'opération ? Veuillez donner des précisions.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Cette personne fume-t-elle ?  Oui  Non

Si la réponse est « Non », a-t-elle déjà fumé ?  Oui  Non

## Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

Si la réponse est « Oui », veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac. \_\_\_\_\_

10. Donnez des détails sur les problèmes de santé, reliés ou non à la maladie actuelle, pour lesquels vous-même ou un autre médecin avez traité cette personne.

**Veuillez nous fournir une copie des rapports de spécialistes, d'hôpitaux et de pathologie, des tests, des analyses ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de cette personne.**

## Partie 3 - Identification du médecin traitant

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant :

Prénom du médecin traitant :

Adresse :

 (numéro et rue)  (app.)

Ville :

Province :

Code Postal :

 

Numéro de téléphone :

  

Date :

 /  /   
année / mois / jour

Signature :

**Il incombe à la personne assurée de faire remplir cette formule et elle doit en assumer les frais.**