

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

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, **y compris les rapports de consultation.**

Date : / / Signature : _____
année / mois / jour**Partie 2 - Déclaration du médecin traitant****Afin de permettre l'évaluation de la présente demande, il est primordial de répondre en entier à toutes les questions.**

Veuillez indiquer les dates de chacune des visites ayant eu lieu ainsi que les raisons des consultations : _____

Selon les informations en notre possession, cette personne souffre d'un trouble envahissant du développement. Veuillez nous préciser la nature exacte (ex.: autisme de Kanner, syndrome de Rett, syndrome d'Asperger, etc.) de ce trouble ainsi que la sévérité de celui-ci :



Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

Veillez nous décrire en détail l'évolution de la condition et nous décrire les impacts sur son développement: _____

Veillez nous fournir toutes autres informations pertinentes pour la compréhension du dossier: _____

Veillez fournir tous les 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.

Veillez fournir le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

Nom du médecin	Adresse

Veillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins que cette personne a consultés ou des hôpitaux où elle a été admise concernant ce diagnostic :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Du (AAAA/MM/JJ)	Au (AAAA/MM/JJ)

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

Veillez joindre à la présente les documents suivants :

- une copie du rapport d'imagerie confirmant le diagnostic
- une copie des rapports de spécialistes en relation avec ce diagnostic
- une copie des dossiers des différents hôpitaux en relation avec ce diagnostic
- une copie des résultats de tous les tests effectués en relation avec ce diagnostic

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 : Signature : _____
année / mois / jour

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