

Partie 1 - Identification de la personne assuréeNom de famille : Prénom : Date de naissance : / /
année / mois / jourN° de Police :

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 souffert d'un accident vasculaire cérébral? Oui Non

b) L'accident vasculaire cérébral provient-il d'un infarctus du tissu cérébral, d'une hémorragie, d'une embolie ou d'un anévrisme?

 Oui Non

Veuillez donner des détails : _____

c) L'accident vasculaire cérébral a-t-il produit une détérioration neurologique entraînant un handicap objectif mesurable?

 Oui Non

Si oui, la détérioration neurologique s'est-elle maintenue pendant une période de 30 jours après l'accident vasculaire cérébral?

 Oui Non

2. a) Nature de la détérioration neurologique : _____

b) La détérioration neurologique est-elle vraisemblablement permanente? Oui Non

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

Veillez donner des détails : _____

3. a) Date d'apparition des premiers symptômes :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

b) Date à laquelle cette personne a consulté pour la première fois un médecin du fait de ce problème :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

d) Date de l'accident vasculaire cérébral :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

e) Date à laquelle cette personne s'est rendue compte pour la première fois de ce problème :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

4. Cette personne a-t-elle des antécédents du problème de santé sous-jacent ou de problèmes neurologiques ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des précisions : _____

5. Savez-vous si des membres de la famille immédiate de cette personne ont souffert d'une affection neurologique ou s'ils ont subi des investigations pour un problème neurologique ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des précisions : _____

6. 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 noms et adresses : _____

7. Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire : _____

Facteurs contributifs : _____

8. Veuillez décrire en détail l'état de santé de cette personne qui a entraîné l'accident vasculaire cérébral (c'est-à-dire la cause) : _____

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

9. Cette personne a-t-elle subi d'autres investigations, tests ou interventions ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des précisions : _____

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

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

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

11. 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

Nom du médecin traitant :

Prénom du médecin traitant :

Spécialité : _____

Adresse :

(numéro et rue)

(bureau)

Ville :

Province :

Code Postal :

Numéro de téléphone :

Date :

année

/

mois

/

jour

Signature : _____

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