

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service des règlements, Vie (Collective)
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8

Téléphone : 1-866-442-3098

Télécopieur : 1-866-889-9925

Courriel : group_life_claims@cooperators.ca

DIRECTIVES

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

Votre ophtalmologiste ou votre otorhinolaryngologiste doit remplir la section confidentielle sur les renseignements médicaux.

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à votre charge.

Les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **Veillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si votre affection est couverte.**

Le cabinet médical doit retourner le formulaire rempli directement à Co-operators par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU LA PATIENTE (À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LA PATIENTE)

Patient-e _____ Date de naissance _____
Prénom Initialle Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE OU LA MÉDECIN)

1. Veuillez joindre une copie du dossier médical, des rapports d'examens, des diagnostics, des rapports de consultations et des résumés d'hospitalisation.

2. Quel est votre diagnostic?

3. Date des premiers symptômes _____
JJ/MMM/AAAA

4. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

5. Date à laquelle le patient ou la patiente a reçu le diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

6. Y a-t-il des maladies connexes dans les antécédents familiaux de votre patient ou patiente, ou d'autres antécédents familiaux pertinents? Oui Non
Si oui, précisions :

7. Y a-t-il des facteurs présents dans les habitudes, les antécédents médicaux personnels ou les antécédents familiaux qui auraient pu augmenter le risque de l'affection ou y contribuer? Si oui, précisions :

8. Est-ce que le patient ou la patiente consomme ou a déjà consommé une forme quelconque de tabac, de marijuana, de produits à la nicotine ou de substituts de nicotine (notamment les cigarettes, les cigarillos, les cigares, les pipes, le tabac à chiquer, le tabac à priser, les gommes ou les timbres à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)? Oui Non

Si oui, de quels produits s'agit-il? _____

Nombre ou quantité consommée par jour _____ Date de la dernière consommation _____
JJ/MMM/AAAA

9. Nom et adresse des médecins, spécialistes et hôpitaux où la patiente ou le patient a été dirigé ou traité pour son affection :
