

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES CARDIOPATHIE CONGÉNITALE

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations vie
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8

Tél. : 1-866-442-3098

Télééc. : 1-866-889-9925

DIRECTIVES

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

La section confidentielle sur les renseignements médicaux doit être remplie par votre médecin.

Il est à noter que les frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge des parents ou du tuteur légal du patient.

La ou les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre police d'assurance pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

Une fois le formulaire rempli, le bureau du médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Patient _____ Date de naissance _____
Prénom Initial Norm de famille JJ/MMM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

1. **VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS : DOSSIERS MÉDICAUX, EXAMENS (Y COMPRIS ÉCHOCARDIOGRAMME OU ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANSŒSOPHAGIENNE (ETO), CATHÉTÉRISME CARDIAQUE, RADIOGRAPHIE PULMONAIRE, ECG, IRM), RAPPORTS DE LABORATOIRE, DIAGNOSTICS, RAPPORTS DE CONSULTATION ET RÉSUMÉS D'HOSPITALISATION.**

2. Quel est le diagnostic pour ce patient?

3. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

4. Le diagnostic a-t-il été posé par un cardiologue pédiatre au Canada? Oui Non

Veuillez préciser le nom du médecin : _____

5. Date où le diagnostic ou la possibilité d'un diagnostic de cardiopathie congénitale a été abordé pour la première fois avec les parents ou le tuteur du patient _____
JJ/MMM/AAAA

6. À quand remonte le diagnostic de la maladie? Avant la naissance Après la naissance

7. Êtes-vous le médecin habituel du patient? Oui Non

Si non, indiquez le nom et l'adresse au complet du médecin habituel du patient :

8. Parmi les symptômes suivants, lesquels ont été observés chez votre patient et ont mené au diagnostic :

- Fatigue facilement
- Respiration rapide
- Mauvaise circulation sanguine
- Cyanose
- Autre (p. ex. échographie prénatale) _____

9. Date où l'on vous a consulté pour la première fois pour cette maladie _____
JJ/MMM/AAAA

10. Veuillez décrire le tableau clinique actuel du patient et le protocole de traitement :

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN ET AUTORISATION (SUITE)

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca