



## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

9. S'il y a des antécédents de drépanocytose, de thalassémie, d'hépatite B ou d'autre hémoglobinopathie ou cirrhose, fournir des précisions :

---

---

---

10. 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 :

---

---

---

11. 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?  Oui  Non

Si oui, précisions :

---

---

---

12. 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

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

---

---

---

14. Veuillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente pour la demande de règlement :

---

---

---

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MÉDECIN ET AUTORISATION

J'atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que ces renseignements seront conservés dans un dossier de règlement aux bureaux de l'assureur et que le patient ou la patiente ou tout autre tiers autorisé pourraient y avoir accès.

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel

\_\_\_\_\_

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à [group\\_life\\_claims@cooperators.ca](mailto:group_life_claims@cooperators.ca).

