

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT SOUS LA RESPONSABILITÉ DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

<u>X</u> _____ Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal	Date: _____ Année Mois Jour
<u>X</u> _____ Signature du conjoint	Date: _____ Année Mois Jour
<u>X</u> _____ Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans	Date: _____ Année Mois Jour
<u>X</u> _____ Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans	Date: _____ Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 Depuis quelle date l'assuré est-il votre patient ?
Année Mois Jour

4.2 À quelle date les symptômes de votre patient sont-ils apparus ?
Année Mois Jour

4.3 Quels étaient ces symptômes ? _____

4.4 Quelle est la date de la première consultation concernant cette maladie ?
Année Mois Jour

4.5 Y a-t-il paralysie ou autre déficit neurologique ? Non Oui

4.6 Si oui, quelles sont les séquelles neurologiques ? _____

4.7 Précisez la durée de la paralysie ou du déficit neurologique : du au
Année Mois Jour Année Mois Jour

4.8 Les séquelles neurologiques sont-elles temporaires ou permanentes ? Temporaires Permanentes

4.9 À votre connaissance, y a-t-il eu d'autres consultations et/ou hospitalisations pour les mêmes symptômes dans les semaines ou les mois précédant le présent accident vasculaire cérébral ? Non Oui – Si oui, veuillez préciser :


4.10 Y a-t-il présence de facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral ?

	Oui	Non	Depuis quand ?	Médication
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	_____
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	_____
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	_____

4.11 Veuillez nous informer du nom de tout autre médecin consulté ou de tout hôpital où l'assuré a été traité pour cette maladie ou toute autre condition connexe.

Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à l'étude de cette demande de règlement. Veuillez inclure une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec l'assuré ? Oui Non

 _____ Date :
Signature du médecin Année Mois Jour

Nom du médecin

N° de permis

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau

C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Télécopieur : 418 643-7323 ou 1 855 669-8830

Courriel : collectif_decès@lacapitale.com

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?

Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.

Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse

lacapitale.com/formulaires

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT AUX FRAIS DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

X

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal

Date: Année Mois Jour

X

Signature du conjoint

Date: Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 À quelle date les symptômes de votre patient sont-ils apparus pour la première fois ?

Année			Mois			Jour			

4.2 Quels étaient ces symptômes ? _____

4.3 Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cet état de santé ?

Année			Mois			Jour			

4.4 Depuis quelle date l'assuré est-il votre patient ?

Année			Mois			Jour			

4.5 Veuillez fournir la date à laquelle ce cancer a fait l'objet d'un diagnostic ?

Année			Mois			Jour			

4.6 À quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic ?

Année			Mois			Jour			

4.7 Qui l'en a avisé ? _____

4.8 Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie et indiquer les renseignements suivants :

- le type de tumeur
- l'emplacement de la tumeur
- le stade clinique
- l'histologie et la classification

T

N

M

4.9 Veuillez inscrire le nom et l'adresse des autres médecins qu'a consultés votre patient ou des hôpitaux fréquentés relativement à ce cancer :

Nom	Adresse	Période

4.10 Votre patient a-t-il déjà souffert d'un cancer ou de tout trouble de santé ayant pu contribuer à sa maladie ? Non Oui – Si oui, veuillez fournir les dates et les renseignements pertinents : _____

4.11 Votre patient a-t-il subi un test de détection du VIH ? Oui, le

Année			Mois			Jour			

 Non Je ne le sais pas

Si oui, quels en sont les résultats ? _____

4.12 Le patient a-t-il des antécédents familiaux de cancer ? Non Oui

Si oui, veuillez fournir des renseignements à cet effet : _____

Veuillez fournir des renseignements sur tout autre antécédent familial important : _____

4.13 Veuillez nous faire connaître tout autre renseignement que vous jugez pertinent à l'étude de la demande de règlement.

Veuillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec l'assuré ? Oui Non

X _____ Date :

Année			Mois			Jour			

Signature du médecin

Nom du médecin

N° de permis

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° de rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° de rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT AU BAS ET À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT AUX FRAIS DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

<input checked="" type="checkbox"/>	Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal	Date: Année Mois Jour	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature du conjoint	Année Mois Jour
<input checked="" type="checkbox"/>	Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans	Date: Année Mois Jour	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans	Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette maladie ? Année Mois Jour

b) Depuis quand l'assuré est-il votre patient ? Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

- 4.2 a) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé? Non Oui
- b) Si oui, à quelle date le diagnostic a-t-il été posé?

Année			Mois			Jour			
- c) Par qui le diagnostic a-t-il été posé? _____
Veuillez nous fournir les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où le patient a été admis pour cette maladie.

- 4.3 Veuillez nous fournir les détails suivants concernant la crise cardiaque de votre patient.
- a) Description des douleurs de poitrine: _____

- b) Date des premiers symptômes:

Année			Mois			Jour	
- c) Variations électrocardiographiques au moment de la crise (ou copies des tracés pertinents): _____

- d) Détails des variations des enzymes/marqueurs myocardiques, au moment de la crise: _____

- 4.4 Détails de toute autre investigation (dates et rapports):
- Date:

Année			Mois			Jour	

- Date:

Année			Mois			Jour	

- 4.5 À quel moment le patient a-t-il eu ses premiers symptômes ou épisodes de maladies cardiovasculaires (dates et détails)?
- Date:

Année			Mois			Jour	

- Date:

Année			Mois			Jour	

- 4.6 Veuillez décrire tout facteur de risque ou toute prédisposition aux maladies cardiovasculaires que présentait le patient, y compris les dates.

- 4.7 Savez-vous si des membres de la famille du patient ont souffert de cette affection ou d'une affection similaire? Non Oui – Si oui, veuillez donner des détails: _____

- 4.8 Veuillez donner des détails concernant le tabagisme (consommation quotidienne ou date d'arrêt des produits du tabac).

- 4.9 Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à l'étude de cette demande de règlement.

Veuillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec l'assuré? Oui Non

X

Signature du médecin

Date:

Année			Mois			Jour	

Nom du médecin

N° de permis

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau

C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Télécopieur : 418 643-7323 ou 1 855 669-8830

Courriel : collectif_decès@lacapitale.com

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?

Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.

Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse

lacapitale.com/formulaires

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT AUX FRAIS DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

X

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature du conjoint

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette maladie ?

Année				Mois		Jour	

b) Depuis quand l'assuré est-il votre patient ?

Année				Mois		Jour	

4.2 À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou a-t-il souffert d'une maladie rénale ou d'une fonction rénale altérée pour la première fois ?

Année				Mois		Jour	

Veuillez donner les renseignements à cet égard : _____

4.3 a) Votre patient est-il atteint d'une insuffisance irréversible en phase terminale qui affecte les deux reins ?

b) Quelle est la cause de cette insuffisance rénale ?

c) À quelle date votre patient a-t-il commencé une dialyse ?

Année				Mois		Jour	

d) Votre patient reçoit-il une dialyse rénale sur une base régulière ? Oui Non

e) Une greffe du rein a-t-elle été pratiquée ou proposée pour l'avenir ? Oui Non

4.4 Veuillez fournir les résultats des investigations et des examens de laboratoire pertinents.

4.5 Veuillez décrire, en incluant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque qu'a présenté votre patient à l'égard d'une maladie rénale, par exemple le diabète et l'hypertension :

4.6 a) Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladie rénale ? Non Oui – Veuillez fournir des renseignements à cet effet.

b) Veuillez fournir des renseignements à l'égard de tous les autres antécédents familiaux importants.

4.7 Veuillez fournir les noms et adresses des autres médecins qu'a consultés votre patient pour cet état de santé :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	De (année – mois – jour)	À (année – mois – jour)																
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>								
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>								
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>								

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

4.8 Veuillez fournir des renseignements sur les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle l'assuré(e) a fumé pour la dernière fois :

4.9 Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient :

Veillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec l'assuré? Oui Non

X

Signature du médecin

Date:

Année				Mois			Jour		

Nom du médecin

N° de permis

LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT.

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau

C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Télécopieur : 418 643-7323 ou 1 855 669-8830

Courriel : collectif_decès@lacapitale.com

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?

Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.

Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse

lacapitale.com/formulaires

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT SOUS LA RESPONSABILITÉ DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

X

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature du conjoint

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou souffert d'une maladie cardiovasculaire pour la première fois?
Année Mois Jour

Veuillez fournir des renseignements à cet effet : _____

4.2 À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois relativement à ses symptômes?
Année Mois Jour

4.3 Depuis quand est-il votre patient?
Année Mois Jour

4.4 Veuillez fournir les observations relatives à l'angiographie préopératoire ou une copie du rapport : _____

4.5 Veuillez fournir une copie du protocole opératoire, le cas échéant, ou donner des renseignements sur le pontage aorto-coronarien :

Date de l'intervention chirurgicale:
Année Mois Jour

Sur quelles artères le pontage a-t-il été effectué? _____

4.6 Veuillez inscrire le nom et l'adresse des hôpitaux fréquentés, des médecins et des chirurgiens consultés :

Nom	Adresse	Période

4.7 Veuillez décrire en indiquant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque qu'a présenté votre patient à l'égard d'une maladie cardiovasculaire :

4.8 Veuillez nous faire part de tout autre renseignement jugé pertinent et joindre une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital.

X

Signature du médecin

Date:
Année Mois Jour

Nom du médecin

N° de permis

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau

C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Télécopieur : 418 643-7323 ou 1 855 669-8830

Courriel : collectif_decès@lacapitale.com

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?

Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.

Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse

lacapitale.com/formulaires

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance Année Mois Jour	Dernier jour de travail Année Mois Jour	Le demandeur est : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant à charge
Adresse, si différente de celle de l'adhérent		
N° rue	Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SE TROUVANT À L'ENDOS DU PRÉSENT FORMULAIRE ET QUE LES HONORAIRES SONT AUX FRAIS DU DEMANDEUR.

3. AUTORISATION

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, excluant les résultats de tests génétiques, et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc., ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Si vous avez adhéré à la protection familiale, nous avons également besoin du consentement de votre conjoint et de vos personnes à charge âgées de plus de 18 ans.

X

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son représentant légal

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature du conjoint

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

X

Signature de la personne à charge âgée de plus de 18 ans

Date: _____
Année Mois Jour

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (Veuillez remplir en lettres majuscules)

4.1 a) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes pour la première fois?

Année			Mois			Jour			

Quels étaient ces symptômes? _____

b) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois relativement à cet état de santé?

Année			Mois			Jour			

c) Depuis quand l'assuré est-il votre patient?

Année			Mois			Jour			

4.2 Veuillez donner les grandes lignes de l'évolution clinique et décrire brièvement les troubles et symptômes neurologiques du patient, en indiquant les dates et la durée des épisodes:

4.3 À quelle date le diagnostic d'une éventuelle sclérose en plaques a-t-il fait l'objet d'une première discussion avec le patient?

Année			Mois			Jour			

4.4 Veuillez fournir:

a) une copie du rapport d'imagerie confirmant le diagnostic:

b) les noms et adresses des autres médecins qu'a consultés votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à cet état de santé:

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	De (année – mois – jour)	À (année – mois – jour)																				
		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

c) les noms et adresse du neurologue ayant confirmé le diagnostic.

Nom du neurologue	Adresse	Téléphone incluant l'indicatif régional										
		<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

4.5 Le patient a-t-il des antécédents familiaux de sclérose en plaques? Non Oui – Veuillez fournir des renseignements à cet effet.

4.6 Le patient a-t-il d'autres antécédents familiaux importants? Non Oui – Veuillez fournir des renseignements à cet effet.

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

4.7 Veuillez fournir des renseignements sur les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle l'assuré a fumé pour la dernière fois :

4.8 Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient :

Veillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec l'assuré? Oui Non

X

Signature du médecin

Date:

Année			Mois			Jour			

Nom du médecin

N° de permis

LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT.