

Nom de l'assuré : _____ N° de téléphone : code régional () _____

Adresse : _____

Rue Ville Code postal

N° de groupe: _____ N° de certificat : _____ Date de naissance : |—j—|—m—|— a ——|

1. Nature de la maladie : _____
2. Description des premiers symptômes : _____
3. Date de la première consultation médicale suite aux premiers symptômes : _____
4. Date du diagnostic posé par un médecin : _____
5. Nom de votre médecin de famille : _____
- Adresse : _____

6. Nom des médecins consultés, spécialistes ou hôpitaux où vous avez été traité ou référé :
(Si vous n'avez pas le nom, indiquez le nom de la clinique ou de l'hôpital)

Nom	Date	Adresse	Raison
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Est-ce qu'un membre de votre famille ou vous-même avez déjà souffert d'un cancer? Si oui, indiquez les détails ci-dessous.

Nom et lien de parenté	Date	Adresse	Raison
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant notamment : tout médecin, autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les agents de renseignements personnels, les représentants en services financiers, toute institution financière, le preneur, mon employeur ou ex-employeur, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le R.H.D.C.C., à les communiquer à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. De même, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

De plus, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à utiliser ou communiquer pour l'étude de mon dossier, mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives.

Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

_____ _____

Date **Signature de l'assuré**

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

LES FRAIS SONT À LA CHARGE DU PATIENT

Nom de l'assuré : _____

N° de groupe: _____ N° de certificat : _____ Date de naissance : | _ j _ | _ m _ | _ a _ _ |

La personne ci-dessus nommée est assurée avec L'Excellence, Compagnie d'assurance vie, pour une assurance cancer ou tumeur maligne. Afin de nous permettre d'évaluer celle-ci, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir ce formulaire.

1. Êtes-vous le médecin traitant de ce patient ? Non Oui Si oui, veuillez fournir les copies de votre dossier, résultats des tests qui ont contribué à établir le diagnostic, rapports de consultation, les sommaires d'hospitalisation des trois dernières années ainsi que le **rapport de pathologie**, s'il y a lieu.

Si non, veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin traitant : _____

2. Veuillez indiquer le diagnostic au sujet de ce patient : _____

3. Date de l'apparition des premiers symptômes : _____

4. Date de la première consultation pour la présente condition : _____

5. Date que le diagnostic a été confirmé : _____

6. Date du début des traitements médicaux : _____

7. S'agit-il d'un cancer :
- carcinome in situ
 - mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V)
 - de la peau, autre qu'un mélanome, avec absence de métastases
 - de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

8. Est-ce que votre patient ou un membre de sa famille a déjà souffert d'un cancer ou de tumeur maligne ?

Non Oui, Si oui, indiquez les détails ci-dessous.

Lien de parenté de la personne avec l'assuré	Nature de la maladie	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom, prénom : _____ (en lettres moulées) Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

N° de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Signature : _____ Date : _____