

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

**Identification de l'assuré**

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

**Les frais pour remplir cette demande et la copie du dossier sont à la charge de la personne assurée.**

**A. Renseignements sur la maladie**

Diagnostic

Date du diagnostic : <b>AAAA - MM - JJ</b>	Date des premiers symptômes : <b>AAAA - MM - JJ</b>	Date de la première consultation : <b>AAAA - MM - JJ</b>
Depuis quelle date suivez-vous ce patient? <b>AAAA - MM - JJ</b>		
Nom des médecins ou spécialistes consultés	Lieu de la consultation (Nom et adresse des établissements)	Date
		<b>AAAA - MM - JJ</b>
		<b>AAAA - MM - JJ</b>

**B. Détails du diagnostic – Décrire les symptômes à la section C**

**Cancer**  
Joindre une copie du dossier médical complet, y compris du rapport pathologique de la biopsie ayant permis l'établissement du diagnostic.

Diagnostic anatomopathologique :

Siège du cancer :	Stade de développement du cancer (I à IV ou A à D, selon le cas) :
-------------------	--

S'agit-il d'un premier diagnostic de cancer?  Oui  Non Sinon, précisez : \_\_\_\_\_  
 Diagnostic antérieur : \_\_\_\_\_ Date de ce diagnostic : **AAAA - MM - JJ**

S'agit-il d'une récurrence?  Oui  Non Si oui, date de la récurrence : **AAAA - MM - JJ**

**Autre maladie**  
Joindre une copie du dossier médical complet, y compris les résultats des examens et le résumé du dossier d'hospitalisation

**C. Description des symptômes, commentaires et informations complémentaires**

Fournir toutes les informations qui vous semblent pertinentes pour l'analyse de la demande de prestation de votre patient.


Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

**Identification de l'assuré**

Nom		Date de naissance
Prénom	Numéro de contrat	Numéro du prestataire

**D. Autres renseignements**

**Veillez répondre à la question suivante au mieux de vos connaissances.** Au cours des **5 dernières années**, votre patient vous a-t-il consulté ou a-t-il consulté un autre médecin ou professionnel de la santé, a-t-il été traité par vous ou par un autre médecin ou professionnel de la santé ou a-t-il pris des médicaments?

Oui  Non Si oui, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Maladies, lésions ou troubles de la santé	Dates des consultations	Nom du médecin ou du professionnel de la santé consulté	Médications et résultats des examens	Périodes d'hospitalisation
	AAAA - MM - JJ			du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ
	AAAA - MM - JJ			du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ

**E. Identification du médecin**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : **IND. RÉGIONAL + N°**

N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : **IND. RÉGIONAL + N°**

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_