

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

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 : _____