

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement pour invalidité



Police collective 52000

Avant de présenter une demande de règlement pour invalidité

- Remplir et signer la déclaration d'invalidité du demandeur.
- Remplir et signer l'autorisation du patient figurant dans la déclaration du médecin traitant.
- Le médecin doit remplir la déclaration du médecin traitant avec le plus de précisions possible.
- La formule complète de la demande de règlement pour invalidité comprend trois parties
 - Déclaration de l'employeur,
 - Déclaration du demandeur et
 - Déclaration du médecin traitant

La Compagnie d'assurance vie RBC ne peut traiter votre demande qu'après réception des trois parties remplies en entier. Afin d'éviter tout retard, veuillez à ce que les formules soient remplies au complet et à ce que l'information fournie soit la plus complète possible, pour faciliter l'évaluation de la demande de règlement.

- Comme nos médecins-conseils ne font pas d'examen clinique, notre évaluation repose sur la qualité des renseignements médicaux fournis par votre médecin à l'appui de votre demande.
- La Compagnie d'assurance vie RBC évalue les renseignements figurant dans les déclarations et détermine si votre état de santé vous empêche ou non de travailler.

Veuillez faire parvenir les formules dûment remplies à l'adresse suivante :



Services d'assurance RBC Inc.
Centre des services d'assurance
C.P. 53, succursale A,
Mississauga (Ontario) L5A 2Y9



Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre Centre des services d'assurance au numéro sans frais **1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523)** ou, par télécopieur, au **1 800 864-6102**.

En attendant l'approbation de votre demande

- La Compagnie d'assurance vie RBC communiquera avec vous si de plus amples renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- Vous devez continuer à faire vos remboursements de prêt au complet jusqu'à ce que votre demande soit évaluée et que l'indemnisation commence.

Remarques importantes

- L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.
- Le délai de carence est de 60 jours. Si votre demande est acceptée, l'indemnisation commencera après l'expiration du délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande sont à votre charge.
- La déclaration du médecin traitant doit être remplie par un docteur en médecine autorisée.
- Vous devez informer la Compagnie d'assurance vie RBC de votre date de retour au travail.



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUTO~1~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~1~10~

[Retour au début](#)

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement pour invalidité



Police collective 52000

Déclaration de l'employeur

À remplir par le demandeur si celui-ci est un travailleur autonome et à envoyer avec les documents précisés ci-dessous. L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

Directives

La «Déclaration de l'employeur» doit être remplie en entier ; assurez-vous de répondre à toutes les questions. N'oubliez pas de signer et de dater l'attestation.

Renseignements sur l'employé

Nom de famille de l'employé(e)	Prénom de l'employé(e)	Deuxième prénom de l'employé(e)	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Adresse électronique	L'employé est-il un membre de la famille de l'employeur ? ☐ Oui ☐ Non	
Premier jour de service de l'employé (AAAA-MM-JJ)	Dernier jour de travail prévu de l'employé (AAAA-MM-JJ)	Dernier jour travaillé par l'employé (AAAA-MM-JJ)	

Renseignements sur le travail

Pour quelle raison l'employé a-t-il cessé de travailler ?

☐ Vacances ☐ Licenciement ☐ Congé autorisé ☐ Invalidité ☐ Autre (préciser)

Date prévue du retour au travail de l'employé À plein temps (AAAA-MM-JJ)	Date prévue du retour au travail de l'employé À temps partiel (AAAA-MM-JJ)	Date réelle du retour au travail de l'employé À plein temps (AAAA-MM-JJ)	Date réelle du retour au travail de l'employé À temps partiel (AAAA-MM-JJ)
---	---	---	---

Si l'invalidité est attribuable à un accident, avez-vous présenté un rapport d'accident à la CSST/CSPAAT ?

☐ Oui ☐ Non

Quelles étaient les tâches ou les fonctions de l'employé le jour où il a cessé de travailler ? La Compagnie d'assurance vie RBC exige une copie de la description du poste de l'employé. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles de l'employé.



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC"2"89445"202211"EUTO"1"1A"CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211""2"10"

[Retour au début](#)

Type d'emploi ?	Précisez le nombre d'heures de travail par semaine	Dans le cas d'un emploi saisonnier, précisez la période d'emploi annuelle (AAAA-MM-JJ)
☐ À temps plein ☐ À temps partiel ☐ Saisonnier		Du au
À quel endroit l'employé exerce-t-il ses fonctions ?		
☐ Domicile ☐ Locaux de l'entreprise ☐ Autre : _____		

Veuillez donner les dates et les précisions concernant tout congé de maladie pris au cours des 12 mois précédant le début de l'invalidité.

Si les tâches ou les fonctions de l'employé ont changé au cours des 12 mois précédant son arrêt de travail, veuillez décrire ses tâches ou fonctions précédentes et donner la raison et la date d'effet du changement. Indiquez tout changement apporté au nombre d'heures de travail par jour/par semaine.

Si vous êtes un travailleur autonome: les critères d'admissibilité stipulés par le contrat précisent que vous devez travailler au moins 20 heures par semaine en moyenne pour être admissible à l'assurance. Si vous êtes un travailleur autonome, nous devons obtenir confirmation des heures travaillées. Nous exigeons une copie de votre déclaration de revenus de l'an passé et de tous les bordereaux de paie de l'année civile précédente jusqu'à la date de l'invalidité.

Attestation et signature

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et leur conformité aux dossiers de l'entreprise

Nom de l'employeur	Téléphone	Télécopieur	Adresse électronique
Adresse	Ville	Province	Code postal

Signature du signataire autorisé



Nom:

Titre:

Date :

AAAA	MM	JJ



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUT0~1~~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~~~3~10~

[Retour au début](#)

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement pour invalidité



Police collective 52000

Déclaration du demandeur

L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

Directives

- La déclaration du demandeur doit être remplie en entier; assurez-vous de répondre à toutes les questions. N'oubliez pas de signer et de dater l'autorisation du demandeur.
- Écrivez lisiblement, en caractères d'imprimerie.

Avez-vous aussi envoyé une demande de règlement au titre de l'assurance mutilation accidentelle ? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur	Deuxième prénom du demandeur	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro FCR du demandeur
Adresse (Numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Langue ☐ Anglais ☐ Français	Numéro de téléphone		Adresse électronique
Nom de l'entreprise	Numéro FCR de l'entreprise	Numéro du prêt à l'entreprise		

Précisions sur l'invalidité

À votre connaissance, quel est le diagnostic de votre maladie/blessure ?	Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, diète, conseils, physiothérapie) ?	
Quelles sont les restrictions imposées, le cas échéant, par votre médecin à l'égard de votre travail ?	Décrivez comment votre état de santé vous empêche de travailler et d'accomplir les tâches de votre poste ?	
À quelle date sont apparus les premiers symptômes de votre maladie ou à quelle date est survenue la blessure (AAAA-MM-JJ) ?	Quelle est la date à laquelle vous avez consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette maladie ou de cette blessure (AAAA-MM-JJ) ?	
Si l'invalidité a été causée par un accident, où l'accident est-il survenu ? ☐ À la maison ☐ Au travail ☐ Ailleurs (précisez) ?	Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	Quelles sont les circonstances de l'accident/la blessure
Dans le cas d'un accident de véhicule motorisé, étiez-vous le conducteur du véhicule ? ☐ Oui ☐ Non	À partir de quelle date avez-vous été, de façon totale et continue, dans l'incapacité d'exercer vos fonctions ? (AAAA-MM-JJ)	
Si oui , envoyez-nous une copie du rapport de police sur l'accident, si possible.		



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC"2~89445~202211~EUT0~1~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~4~10"

[Retour au début](#)

Êtes-vous actuellement

☐ Obligé de rester à la maison ? ☐ Alité ? ☐ Hospitalisé ? ☐ Capable de vous déplacer?

Décrivez vos activités courantes

Avez-vous exercé quelque emploi ou activité contre rémunération ou profit depuis que vous êtes invalide ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez préciser

À quelle date prévoyez-vous être en mesure de reprendre effectivement le travail, à temps plein ou à temps partiel ? (AAAA-MM-JJ)

Indiquez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés ou auprès desquels vous avez reçu des soins pour votre maladie ou votre blessure.

Nom du médecin

Adresse

Indiquez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés ou auprès desquels vous avez reçu des soins au cours des **trois dernières années** et donner des précisions

Nature de la maladie/blessure

Dates des visites /traitements

Traitement prescrit (médicaments, diète, etc.)

Nom et adresse des médecins

Si, à la suite de ces maladies ou blessures antérieures, vous avez dû modifier vos habitudes de travail ou limiter certaines activités professionnelles, veuillez préciser la nature des modifications et la date d'effet.

Veuillez inscrire toute intervention chirurgicale subie en cours d'hospitalisation au cours des trois dernières années.

Genre de chirurgie

Date de l'intervention

Nom de l'hôpital

Nom du chirurgien

Si la déclaration du médecin traitant concernant l'invalidité n'a pas été envoyée avec la présente demande de règlement, votre médecin l'enverra-t-il directement ?

☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez préciser

Veuillez inscrire le numéro de toutes les polices, collectives ou individuelles, au titre desquelles la Compagnie d'assurance vie RBC vous couvre

Autorisation du demandeur

Avis relatif à la fraude

Toute personne qui remplit sciemment une déclaration du demandeur renfermant des renseignements faux ou mensongers est passible de poursuites criminelles ou civiles.

_____, déclare que les renseignements ci-dessus sont, (en caractères d'imprimerie) à ma connaissance, véridiques et complets.
(en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Nom:

Date:

AAAA

MM

JJ



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUT0~1~~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~~~5~10~

[Retour au début](#)

Autorisation

J'autorise la compagnie (la compagnie s'entend de la Compagnie d'assurance vie RBC, des Services d'assurance RBC Inc., les fournisseurs de service et les représentants qu'ils engagent ou emploient) à mener les enquêtes nécessaires, à recueillir des renseignements personnels me concernant auprès de tierces parties, y compris à recueillir tout renseignement personnel accessible en ligne, notamment dans les sites Web d'information, les médias sociaux, les répertoires d'entreprises et de membres de profession libérale, les registres publics et, au besoin, à informer toute tierce partie que j'ai présenté une demande de prestations à la compagnie et à leur communiquer les renseignements pertinents à cette demande de prestations. Il est entendu que la compagnie établira et gardera un dossier contenant des renseignements personnels à mon sujet.¹¹ est également entendu que l'accès aux renseignements personnels me concernant sera limité aux employés de la compagnie et aux autres personnes engagées par la compagnie dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne ou organisme autorisés par la loi. J'ai lu et compris l'Avis de protection des renseignements personnels à l'échelle mondiale à l'adresse <https://www.rbc.com/rensperssecurite/ca/avis-rens-pers-mondiale.html> et j'accepte de m'y conformer.

Si je choisis d'utiliser, ou demande à la compagnie d'utiliser, des moyens de communication électroniques qui ne sont pas chiffrés, notamment toute communication par télécopieur ou par courriel, il est entendu que i) la sécurité, la protection et la confidentialité de l'information ne peuvent être assurées, ii) un tel moyen de communication n'est pas fiable et le message pourrait ne pas parvenir au destinataire à temps, voire pas du tout, iii) un tel message est susceptible d'être intercepté, perdu ou altéré ; et iv) j'assume l'entière responsabilité des risques liés à ces moyens de communication et la compagnie ne pourra être tenue responsable de ces moyens de communication de quelque manière que ce soit, notamment de tout accès non autorisé, de toute interception, de toute perte ou de toute altération.

Votre autorisation de divulguer des renseignements personnels

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la compagnie tout renseignement, dossier ou autre donnée me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et je les charge de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin, infirmier, conseiller, psychologue, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de la réadaptation ou de la santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurances ou responsable d'assurances ; tout ministère ou tout organisme du gouvernement fédéral ou provincial, y compris la CAT et la CSST ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu passé et actuel, mon emploi, mes études ou ma formation.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée que la compagnie reçoit en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé pour établir ma couverture et droit à des prestations au titre de la police, ma capacité de reprendre le travail, coordonner mon retour au travail ou pour le recouvrement de toute(s) prestation(s) trop-perçu(es) encouru par moi, et/ou respecter ses obligations légales (ou celles de RBC Groupe Financier) sur les obligations ou investigations concernant les vérifications, la lutte anti-blanchiment, le financement du terrorisme, la détection, la prévention ou la suppression de la fraude et autres activités criminelles. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la compagnie à divulguer n'importe lequel desdits renseignements, dossiers et données à mes médecins ou fournisseurs de soins de santé, ou à toute autre personne ou entreprise (y compris les médecins, professionnels de la santé, employés en réadaptation, conseillers en rééducation professionnelle) employée ou embauchée par la compagnie.

J'autorise également la compagnie à recueillir, utiliser ou divulguer, au besoin, mes renseignements personnels pour toute demande de prestations antérieure ou ultérieure.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je reçois des prestations ou des services de la compagnie et tant que la compagnie fait valoir ses droits de subrogation ou procède au recouvrement de tout trop-perçu, s'il y a lieu, que les prestations soient versées ou non, ou que l'une ou l'autre des parties considère qu'il y a eu rupture de contrat. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original.

Signature du demandeur

Nom:

Date:

AAAA

MM

JJ

Signature du témoin

Nom :

Date :

AAAA

MM

JJ



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUT0~1~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~6~10~

[Retour au début](#)

Assurance prêts aux entreprises

Demande de règlement pour invalidité



Police collective 52000

Déclaration du médecin traitant

L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

Directives

- Afin de préserver la confidentialité de votre dossier, veuillez retourner la présente déclaration au demandeur, qui l'enverra avec sa demande de règlement.
- Tous les frais engagés pour la rédaction de la présente formule sont à la charge du patient.
- Le but du présent rapport est de nous aider dans l'évaluation de la demande de règlement pour invalidité. En rédigeant ce rapport, assurez-vous de fournir suffisamment de renseignements à propos des antécédents médicaux, de l'état physique, du diagnostic, de l'évolution clinique, du traitement et de la réponse du patient au traitement pour nous permettre d'évaluer la demande.

Autorisation du patient

J'autorise mon médecin à utiliser, à communiquer et à échanger des renseignements avec La Compagnie d'assurance vie RBC, ses mandataires et fournisseurs aux fins de la tarification, de l'administration et de l'évaluation de mes demandes de règlement au titre du présent régime. Il est entendu qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du patient

Nom:

Date:

AAAA

MM

JJ

Renseignements médicaux

Antécédents

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou à quelle date l'accident (la blessure) est-il(elle) survenu(e) ? (AAAA-MM-JJ)

À quelle date le patient a-t-il cessé de travailler en raison de son invalidité ? (AAAA-MM-JJ)

Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection semblable ? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, veuillez indiquer la date et donner des précisions

Si l'affection persiste depuis longtemps, comment décririez-vous son évolution depuis son apparition ?

☐ Amélioration ☐ État inchangé ☐ Légère aggravation ☐ Aggravation importante

L'affection du patient est-elle le résultat d'une blessure ou d'une maladie liée à son travail ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Indéterminé

L'affection est-elle attribuable à un accident ou à une blessure ? Quelles sont les circonstances de l'accident/la blessure ?

Les facultés du patient étaient-elles affaiblies par l'effet de l'alcool ou de drogues au moment de l'accident/la blessure ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Indéterminé

L'affection est-elle attribuable ou liée à la grossesse ?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez préciser la date prévue de l'accouchement. (AAAA-MM-JJ)

Le patient suit-il un traitement ou a-t-il besoin de soins en raison de sa consommation d'alcool ou de drogues ?

☐ Oui ☐ Non

L'affection est-elle attribuable à une blessure que le patient s'est infligée intentionnellement ou à une tentative de suicide ?

☐ Oui ☐ Non

L'affection est-elle attribuable à une chirurgie ou à un traitement de nature esthétique ou expérimentale ?

☐ Oui ☐ Non



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUTO~1~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~7~10~

[Retour au début](#)

Diagnostic (y compris toute complication)

Diagnostic principal

Diagnostic secondaire

Symptômes subjectifs

Résultats d'examens (y compris les derniers résultats des radiographies, des électrocardiogrammes, des analyses de laboratoire et de tout examen clinique)

Date de traitement

Date de la première visite (AAAA-MM-JJ)

Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ)

Fréquence des visites

☐ Hebdomadaires ☐ Mensuelles ☐ Autre : _____**Nature du traitement** (y compris les interventions chirurgicales ou les médicaments prescrits, le cas échéant)**Progression**

Le patient ou son état :

- ☐
- est rétabli
- ☐
- est inchangé
-
- ☐
- s'est amélioré
- ☐
- s'est aggravé

Le patient :

- ☐
- peut se déplacer
- ☐
- est alité
-
- ☐
- doit rester à la maison
- ☐
- est hospitalisé

Le patient a-t-il été hospitalisé ?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Hospitalisé : (AAAA-MM-JJ)
Du _____ au _____Si **oui**, veuillez préciser le nom et l'adresse de l'hôpital.**État cardiaque** (s'il y a lieu)

Capacité fonctionnelle (selon la classification de l'American Heart Association)

- ☐
- Catégorie 1 (aucune diminution)
- ☐
- Catégorie 2 (diminution mineure)
- ☐
- Catégorie 3 (diminution majeure)
- ☐
- Catégorie 4 (diminution complète)

Tension artérielle (dernière visite)

systolique _____ / diastolique _____

Déficience physique

- ☐
- Catégorie 1 - Aucune diminution de la capacité fonctionnelle; capable de faire de gros travaux ; aucune restriction. (0 - 10 %)
-
- ☐
- Catégorie 2 - Activité manuelle modérée (15 - 30 %)
-
- ☐
- Catégorie 3 - Faible diminution de la capacité fonctionnelle; capable de faire des travaux légers (35 - 55 %)
-
- ☐
- Catégorie 4 - Diminution modérée de la capacité fonctionnelle, capable de faire du travail de bureau/des tâches administratives (activité sédentaire). (60 - 70 %)
-
- ☐
- Catégorie 5 - Grave diminution de la capacité fonctionnelle; aucune forme de travail (même sédentaire) (75 - 100 %).
-
- ☐
- Restrictions particulières (flexion, soulèvement de charges, etc. _____)



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUT0~1~~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~~~8~10~

[Retour au début](#)

Remarques :

Qu'est-ce qui empêche le patient de recommencer à exercer la totalité ou une partie de ses fonctions ?

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches ou ses heures de travail étaient modifiées ? Le cas échéant, précisez les modifications à apporter et la date à laquelle vous croyez que le patient pourrait commencer à accomplir des tâches modifiées ou reprendre le travail selon un horaire modifié.

Troubles mentaux/nerveux (le cas échéant)

Veuillez utiliser la terminologie du DSM-IV, y compris l'évaluation multiaxiale et l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Axe I (diagnostic primaire)

Axe II

Axe III

Axe IV

Axe V - note EGF actuelle

plus faible note EGF de l'année dernière

Indiquez quelle note EGF doit atteindre le patient pour être en mesure de reprendre le travail à temps plein. _____

Remarques :

Expliquez en quoi les restrictions de nature psychologique empêchent le patient d'accomplir les tâches principales de son poste.

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches ou ses heures de travail étaient modifiées ? Le cas échéant, précisez les modifications à apporter et la date à laquelle vous croyez que le patient pourrait commencer à accomplir des tâches modifiées ou reprendre le travail selon un horaire modifié.

Pensez-vous que le patient a la capacité d'endosser un chèque et de veiller à la bonne utilisation des fonds ? ☐ Oui ☐ Non

Pronostic

Le patient est-il maintenant totalement incapable de travailler ? (**Emploi du patient**)

☐ Oui ☐ Non

Si **non**, à quelle date le patient était-il en mesure de reprendre le travail ?

AAAA-MM-JJ ☐ Indéterminé ☐ Jamais

Le patient est-il maintenant totalement incapable de travailler ? (**Autre emploi**)

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, à quelle date croyez-vous que le patient sera suffisamment rétabli pour reprendre le travail ?

AAAA-MM-JJ ☐ Indéterminé ☐ Jamais



89445 (202211)

CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211
89445,,,

RBC~2~89445~202211~EUT0~1~~1A~CE3D814A530F4B1FB42DAF1122E5C211~~~9~10~

[Retour au début](#)

Veuillez préciser les dates auxquelles le patient vous a consulté au sujet de cette affection ou de toute autre affection au cours des trois dernières années.

Dates (mois/année)	Antécédents médicaux (signes physiques)	Diagnostic	Traitement

Veuillez joindre une copie des résultats d'examens médicaux, dossiers d'hospitalisation, notes de consultation et rapports de spécialistes des trois dernières années qui sont disponibles.

Précisez le nom et l'adresse de tous les autres médecins qui ont traité le patient au cours des trois dernières années.

Nom/Spécialité	Raison de la recommandation/du traitement	Adresse	Téléphone/Télécopieur

Signature du médecin traitant

Nom du médecin traitant	☐ Soin(s) Primaire(s)	☐ Conseiller	Diplôme/Spécialisation
Adresse électronique		Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse (Numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Signature du médecin traitant



Nom :

Date :

AAAA

MM

JJ