



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION - PLAN DE PROTECTION DE PAIEMENT - INDEMNITÉS POUR MALADIE GRAVE

Pour nous permettre d'évaluer votre demande, vous devez répondre **COMPLÈTEMENT** à **TOUTES** les questions.

- INSTRUCTIONS**
1. Le Demandeur remplit la Partie 1.
 2. Le médecin remplit la Partie 3.
 3. S'il y a des frais pour remplir le questionnaire, ils relèvent de la responsabilité du Demandeur

Une fois que vous avez rempli toutes les sections, veuillez envoyer ce formulaire à :

COMPAGNIE D'ASSURANCE TRANS-GLOBALE
Suite 275, 16930-114 Avenue
Edmonton, Alberta T5M 3S2
Tél. : 1 888 226-7876
Adel : forms@transglobalinsurance.ca

Le terme **maladie grave** (si vous ou votre conjoint(e) faites l'objet d'un premier diagnostic pour la première fois et survivez ce premier diagnostic pour au moins 30 jours) se définit comme suit :

1. Cancer (mettant en danger la vie du malade)

Correspond à toute tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée, par la propagation de cellules cancéreuses et par l'invasion des tissus. Le diagnostic doit être posé par écrit par un médecin et confirmé par un examen histologique du tissu en question.

2. Crise cardiaque

Correspond à la mort d'une portion du muscle cardiaque, résultant d'une carence en sang à la suite d'un infarctus aigu du myocarde.

3. Accident cérébrovasculaire

Correspond à un incident cérébrovasculaire, excluant les accidents ischémiques transitoires (mini accident cardio-vasculaire), conduisant à la mort d'une portion du cerveau en raison d'une thrombose, d'une hémorragie intra-crânienne ou subarachnoïdienne ou d'une embolie en provenance d'une source extra-crânienne, le tout comportant des preuves objectives d'un trouble neurologique nouveau et permanent qui durera plus de 30 jours.

Partie 1 : Autorisation du Demandeur (Lettres moulées, SVP)

N° de compte ou de carte :

Nom du titulaire principal de la carte (premier nom sur le relevé de compte de la carte de crédit)

Date de naissance (M/J/A)

Homme Femme |

Adresse (N° appartement, rue, ville, province, code postal)

N° téléphone (avec code régional)

| () -

DÉCLARATION et AUTORISATION : JE CERTIFIE que toutes les informations que j'ai données sur ce formulaire sont vraies et exactes. J'AUTORISE mon employeur, médecin, hôpital, société d'assurance, organisme chargé de l'application de la loi, services d'incendie ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, des données ou des informations sur cette demande à fournir ces archives, données ou informations à la COMPAGNIE D'ASSURANCE TRANS-GLOBALE ou à son représentant autorisé (collectivement « Trans Globale ») si nécessaire. J'autorise également Trans Globale à partager l'information contenue dans ce formulaire avec les tierces parties qui seront nécessaires pour traiter ma demande. Je comprends qu'en signant cette autorisation, je renonce au droit que ces informations soient privilégiées. Une reproduction de cette autorisation sera aussi valide que la copie originale.

Signature du Demandeur

| Date (M/J/A)

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant (Lettres moulées, SVP)

1. Veuillez décrire la nature et l'amplitude de la maladie grave. _____

À quelle date le diagnostic a-t-il été posé / a eu lieu la chirurgie?

Date (jour, mois, année) _____

SUITE AU VERSO

MALADIE GRAVE – GÉNÉRAL

2. Est-ce la première fois que le patient souffre d'une maladie grave (mettant sa vie en danger, cancer, crise cardiaque, accident cardio-vasculaire) ?

Oui Non

3. À quelle date le patient a-t-il consulté pour la première fois un médecin pour cette maladie ? Date (J/M/A) _____

4. Le patient a-t-il subi des tests ou été l'objet d'une enquête par rapport au diagnostic? Si oui, veuillez donner des détails et des dates.

5. Le patient a-t-il déjà souffert ou reçu des traitements pour une condition similaire ou apparentée ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des détails et des dates. _____

6. La maladie est-elle due à une grossesse ? Oui Non

Si oui, décrire les complications : _____

Date approximative de la naissance (jour, mois, année) _____

7. Pronostic / Commentaires (Veuillez donner autant de détails que vous considérez comme étant nécessaires) : _____

8. Veuillez donner les coordonnées des autres médecins ou spécialistes consultés par votre patient pour le traitement de cette maladie :

Nom	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	N° de téléphone (incluant le code régional)	Dates des visites (jour, mois, année)
		() -	
		() -	
		() -	
		() -	

9. Si le patient a été traité dans un hôpital ou une institution similaire, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jour, mois, année)	Date de sortie (jour, mois, année)

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont fondées sur des probabilités médicales raisonnables et qu'à ma connaissance, elles sont vraies et exactes

Nom du médecin traitant (*lettres moulées, SVP*) _____

Spécialité _____

N° de téléphone (*incluant le code régional*) _____

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) _____

Signature _____

Date (M/J/A) _____