

Questionnaire de diagnostic de maladie grave à l'étranger

À remplir par la personne assurée.

1 Renseignements sur le contrat

Numéro de contrat	Montant d'assurance
-------------------	---------------------

2 Renseignements sur la personne assurée

Prénom	Nom de famille	Nom communément utilisé (s'il y a lieu)
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _	Lieu de naissance	
Nationalité	Numéro de passeport	Date et lieu de délivrance du passeport (jj-mm-aaaa) _ _
Profession		
Nom, adresse et numéro de téléphone du dernier employeur (ou, si travailleur autonome, nom de l'entreprise)		
Dernière adresse au Canada		Date à laquelle la personne a quitté le Canada (jj-mm-aaaa) _ _
Durée prévue de la visite	But de la visite	

3 Détails de la maladie

Date des premiers symptômes de la maladie (jj-mm-aaaa)
Nature de la maladie

Nom et adresse de tous les membres du personnel médical qui sont intervenus dans le cadre de votre maladie durant votre séjour à l'étranger	
Nom	Adresse
Nom	Adresse
Nom	Adresse
Veuillez fournir des détails sur la date et les raisons pour lesquelles vous avez cherché à avoir une consultation, un diagnostic et un traitement à l'étranger.	

Avez-vous consulté un médecin avant votre départ du Canada? Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom et l'adresse de chaque médecin consulté, de même que la date et la raison de la visite.	
Nom du médecin	Adresse
Date de la dernière visite (jj-mm-aaaa) _ _	Raison de la visite
Nom du médecin	Adresse
Date de la dernière visite (jj-mm-aaaa) _ _	Raison de la visite

Questionnaire de diagnostic de maladie grave à l'étranger

3 Détails de la maladie (suite)

Avez-vous reçu des soins médicaux pour votre maladie depuis votre retour au Canada? Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tous les membres du personnels médical consultés.

Nom	Adresse
Nom	Adresse
Nom	Adresse

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital (s'il y a lieu) au Canada et à l'étranger.

4 Couverture d'assurance-santé auprès d'autres compagnies (veuillez les inscrire ci-dessous)

Nom de la compagnie d'assurance	Montant d'assurance
	\$
	\$
	\$

5 Preuves de voyage (veuillez fournir tous les documents suivants)

1. Preuve de voyage – copie du passeport, des billets de vol, du visa et de l'itinéraire
2. Toutes les factures pour les soins médicaux dispensés à l'étranger; joindre une traduction si les factures ne sont pas en français ou en anglais.

6 Déclaration

Je déclare par la présente que les déclarations faites plus haut sont, à ma connaissance, vraies.

Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (dd-mm-yyyy) - -
Adresse		
Signature X		

TÉMOIN :

Nom	Profession	
Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (dd-mm-yyyy) - -
Adresse		
Signature X		