

FORMULAIRE DE PROLONGATION DE LA GARANTIE DES PERSONNES À CHARGE INVALIDES



Employé nom de famille	Prénom	No. de certificat	No. de police
Personne à charge invalide : Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	

1. Diagnostic

- 1.1 Principal _____
- 1.2 Secondaire _____
- 1.3 Symptômes _____

Veuillez s'il vous plaît indiquer votre opinion en ce qui concerne le niveau de déficience du patient à exécuter les activités suivantes de façon continue : (voir référence ci-dessous)

Bas : Niveau de déficience de légère importance qui n'affecte pas les capacités de fonctionnement.

Modéré : La déficience affecte les capacités de fonctionnement sans toutefois les empêcher.

Modérément élevé : La déficience affecte de façon significative les capacités de fonctionnement.

Élevé : Déficience extrême des capacités à fonctionner.

	Bas	Modéré	Modérément élevé	Élevé
Degré de gravité de l'ensemble des symptômes.				
Capacité d'établir un lien avec les amis et membres de la famille.				
Capacité de satisfaire à ses propres besoins (se laver, cuisiner, etc.).				
Capacité d'effectuer des travaux ménagers.				
Comprendre, effectuer et se rappeler des instructions.				
Effectuer des tâches répétitives ou qui requièrent un minimum d'effort intellectuel.				
Effectuer des tâches variées.				
Porter un jugement indépendant.				
Effectuer des tâches intellectuelles complexes requièrent des niveaux de raisonnement, de mathématique et de langue élevés.				

Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :

- a) reçu des traitements médicaux Oui Non b) consulté un autre médecin Oui Non
- c) pris des médicaments Oui Non d) été hospitalisé Oui Non
- e) subi des examens Oui Non

Précisez les périodes : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom et posologie : _____

2.2 Le patient consulte-il...

a) un psychiatre ? Oui Non

b) un psychologue ? Oui Non

c) un travailleur social ? Oui Non

d) un autre intervenant de la santé ? Oui Non

Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____

2.3 Hospitalisation : Du _____ au _____

Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation associée à cette incapacité : _____

3.2 Fréquence du suivi : _____

3.3 Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines ou de mois _____

4. Identification du médecin

4.1 Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

4.2 No. de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

5. Commentaires supplémentaires

J'atteste que toutes les déclarations, représentations et réponses contenues dans la présente demande sont véridiques, complètes et entières, qu'elles soient imprimées ou écrites à la main, et que l'assurance demandée est émise moyennant considération de celles-ci.

Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi ;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit ;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.

HED Courtier en Assurance Inc. s'engage à respecter votre vie privée et à préserver la confidentialité des renseignements transmis, et ce, avec les meilleurs moyens dont elle dispose, afin de protéger les données personnelles vous concernant, ainsi que tous les renseignements ayant trait à vos activités professionnelles et financières qui se rapportent à l'un ou l'autre des dix principes de confidentialité prescrits par la Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques (www.privcom.gc.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'engagement du groupe HED Courtier en Assurance Inc. envers la confidentialité et la sécurité des renseignements, veuillez visiter notre site web : www.hedinc.com/fr.

Signature de l'assuré

Date de signature (jj/mm/aaaa)