

ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

ÉVALUATION DE TARIFICATION MÉDICALE



Formulaire 1 – Proposition et questionnaire médical
(à remplir par le médecin)

Réservé au courtier ou à l'agent de vente :

Nom de la compagnie : _____ Responsable du dossier : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

10 01 MU1 FCA 0618 000_REV0219

Partie A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Date de naissance (j/m/a) : / /

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Dates du voyage Départ (j/m/a) : / / Retour (j/m/a) : / / Durée du voyage : _____ jours

Destination précise Ville : _____ État : _____ Pays : _____

AVIS IMPORTANT

Avis important à propos de vos renseignements personnels : En soumettant cette proposition, vous acceptez que Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») puisse recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec votre courtier, nos affiliés, nos fournisseurs de services et les organisations qui peuvent vous référer à nous ainsi que les associations professionnelles dont vous êtes membre) aux fins de fixation de primes, d'administration du contrat d'assurance, d'amélioration de l'expérience client, d'administration des arrangements d'aiguillage ainsi que pour d'autres fins légales décrites dans notre document intitulé Protection de la vie privée du client. Pour lire ce document, veuillez consulter le site www.assurancevoyagersa.com.

Partie B MESSAGE DESTINÉ AU MÉDECIN

En remplissant ce questionnaire*, vous aiderez votre patient à se procurer l'assurance pour soins médicaux d'urgence appropriée durant son voyage. Une protection adéquate préservera la sécurité financière de votre patient.

Bien que votre patient ne soit pas admissible à notre programme d'assurance voyage régulier, les renseignements médicaux que vous fournirez sur son état de santé pourraient nous permettre de lui offrir un programme d'assurance voyage modifié.

Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez pertinente et qui pourrait faciliter notre évaluation. Veuillez ne pas inclure les résultats de tests génétiques, le cas échéant.

Veillez noter que nous communiquerons les renseignements figurant dans le présent formulaire avec votre patient. Si votre patient a des questions, il sera dirigé vers vous pour obtenir des clarifications.

Si vous considérez que votre patient ne devrait pas voyager, veuillez en discuter avec lui et nous faire part de votre avis à la Partie D – Commentaires. Nous vous remercions de votre collaboration.

***IMPORTANT : Les frais engagés pour remplir ce document demeurent la responsabilité du patient.**

Partie C QUESTIONNAIRE MÉDICAL (veuillez remplir en caractères d'imprimerie)

Énumérez tous les diagnostics, problèmes de santé et/ou toutes les interventions chirurgicales	Date de la présentation initiale	Énumérez tous les médicaments que prend actuellement ce patient	Date de la prescription initiale	Changements de médication (y compris posologie et date) qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois	
				Médicament	Date (j/m/a)

1. Votre patient a-t-il pris du **Lasix** ou **autre diurétique** dans les **5 dernières années** ?

oui non Si oui, indiquez la date et la posologie : _____

Si oui, pour quel état de santé ? insuffisance cardiaque hypertension œdème périphérique autre (précisez) : _____

2. Votre patient prend-il un **inhibiteur de l'ECA** ? oui non

Si oui, pour quel état de santé ? insuffisance cardiaque hypertension autre (précisez) : _____

3. Énumérez tout traitement ayant été requis au cours des **3 dernières années** (par ex., chimiothérapie, radiothérapie, utilisation d'oxygène à domicile, etc.)

Traitement : _____ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

Traitement : _____ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

Traitement : _____ Date ou période de traitement (j/m/a) : / /

4. Énumérez tous les séjours à l'hôpital au cours des **3 dernières années**.

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : _____

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : _____

Date de l'hospitalisation (j/m/a) : / / Diagnostic : _____

5. Énumérez toutes les investigations médicales et tous les examens majeurs que le patient a subis au cours des **2 dernières années** (par ex., épreuve d'effort, cathétérisme cardiaque, scanographie). **Veillez inclure une copie des résultats d'examens.** Veuillez aussi énumérer tout autre examen important subi récemment (par ex., hémoglobine pour l'anémie, créatine pour l'insuffisance rénale, tests hépatiques pour la cirrhose, etc.).

Examen/investigation : _____ Date (j/m/a) : / / Résultats : _____

Examen/investigation : _____ Date (j/m/a) : / / Résultats : _____

Examen/investigation : _____ Date (j/m/a) : / / Résultats : _____

Fraction d'éjection (si connue) : % _____ **Date (j/m/a) :** / / **Fumeur ?** oui non

6. Le patient est-il en attente d'investigations ou de chirurgie ou de tout autre traitement ?

oui non Si oui, veuillez préciser le **type** et la **date** (j/m/a) : _____

7. Le patient a-t-il subi un **pontage aortocoronarien** ? oui non Date (j/m/a) _____/_____/_____

une angioplastie ? oui non Date (j/m/a) _____/_____/_____

un tuteur coronarien (stent) ? oui non Date (j/m/a) _____/_____/_____

8. A-t-on déjà attribué au patient une **classification cardiaque fonctionnelle** pour l'**angine** ? oui non

Si oui, quelle est sa **classification ACTUELLE** pour l'**angine** ? I II III IV Date du dernier épisode (j/m/a) : ____/____/____

9. Le patient a-t-il déjà reçu un diagnostic ou été traité pour l'**insuffisance cardiaque** ? oui non

Si oui, quelle est sa **classification ACTUELLE** pour l'**insuffisance cardiaque** ? I II III IV Date du dernier épisode (j/m/a) : ____/____/____

Partie D

COMMENTAIRES

Partie E

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Depuis quand ce proposant est-il votre patient (j/m/a) ? / / Êtes-vous son médecin de famille, spécialiste ou autre ? _____

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro de permis du médecin : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ **DATE (j/m/a) :** ____/____/____

Veillez retourner ce formulaire à : **RSA, a/s Tarification médicale, 2665, rue King Ouest, bureau 650, Sherbrooke (Québec) J1L 2G5**

Tél. : 1 800 567-8819 Téléc. : 819 566-8067