

# ASSURANCE VOYAGE POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE PROGRAMME DE TARIFICATION MÉDICALE

Formulaire 3 – Réévaluation médicale (à remplir par le médecin)



10 01 MU3 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](http://www.assurancevoyagersa.com).

## Partie B MESSAGE DESTINÉ AU MÉDECIN

Le Questionnaire médical\* ci-joint vous servira à réévaluer l'état de santé de votre patient. Veuillez indiquer ci-dessous si son état de santé a changé depuis la dernière fois que le questionnaire a été rempli.

Les renseignements que vous fournirez sur l'état de santé de votre patient nous aideront à déterminer son admissibilité à l'assurance voyage.

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.

**Veuillez 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 ÉVALUATION DU MÉDECIN

### Aucun changement à l'état de santé du patient ou à la médication prescrite

Je, soussigné(e), déclare qu'il n'y a eu aucun changement à l'état de santé du patient à ma connaissance, depuis la date de signature du Formulaire 1.

J'évalue l'état de santé actuel du patient comme suit : \_\_\_\_\_

### Changement à l'état de santé du patient ou à la médication prescrite

Je, soussigné(e), déclare que l'état de santé du patient ou la médication prescrite ont changé de la façon suivante depuis que le Formulaire 1 – Évaluation de tarification médicale a été rempli :

| Indiquez tous les changements (état de santé ou médication) | Date du changement (j/m/a) |
|---|----------------------------|
|   |                            |
|   |                            |
|   |                            |

## Partie D COMMENTAIRES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Partie E RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de permis du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ DATE (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Veuillez 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**