

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES***Suite*

6. Veuillez décrire, en incluant des dates, les problèmes médicaux prédisposants ou les facteurs de risque présents chez votre patient avant sa cécité.

7. Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il a reçu des soins concernant ce problème ou tout autre problème médical lié à celui-ci.

8. Veuillez fournir toute autre information susceptible d'aider à l'évaluation de la réclamation de votre patient.

Veillez fournir une copie des notes sur le tableau clinique, des résultats de tests et d'analyses, des rapports de consultation et des résumés hospitaliers qui sont pertinents.

Notre régime exige que tout problème médical couvert soit diagnostiqué par un médecin n'ayant aucun lien de parenté avec le participant au régime. Avez-vous un lien de parenté avec le participant au régime?

Oui Non

Nom (en caractères d'imprimerie) et spécialité du médecin

Numéro de téléphone

Signature du médecin

Date

CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, examiner les réclamations éventuellement adressées au titre de cette police et offrir des produits et des services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, ses mandataires, ses sociétés affiliées, ses partenaires, ses filiales, ses réassureurs, ses agences de notation et ses administrateurs autorisés et être échangés entre eux à ces fins, peu importe que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à privacy@wawanesa.com ou en parlant au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

UNE FOIS REMPLI

**Veillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante : La Compagnie d'assurance vie
Wawanesa, Service
des avantages sociaux, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5**