



# Évaluation de tarification médicale

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

Assurance voyage

## 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

En remplissant ce questionnaire\*, vous aidez 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.

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) :** / /

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À : RSA a/s, Tarification médicale, 2665, rue King Ouest, bureau 650, Sherbrooke QC J1L 2G5 / Tél. : 1-866-340-1775 / Téléc. : 1-855-562-8164

Le programme d'assurance voyage TD Assurance Meloche Monnex est souscrit auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et distribué dans certaines provinces par Assurance Voyage RSA inc., faisant affaire en Colombie-Britannique sous le nom d'Agence Assurance Voyage RSA.

TD Assurance Meloche Monnex est le nom d'affaires de Sécurité Nationale compagnie d'assurance. <sup>MD</sup> Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.

