Assomption Vie
Assurance collective

New Nouveau Brunswick

Demande de prestation du vivant

Section 1 – À être remplie par l'employé(e)

Prénom	Nom	Police
		954

Adresse	Ville	Province	Code Postal

Employeur	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Téléphone – Résidence	Téléphone - Cellulaire
	___ / ___ / _____		

Je consens à ce que mon employeur, administrateur du régime, médecin traitant ou autres fournisseurs de soins de santé, communiquent à Assomption Vie toute information médicale ou autres renseignements qui pourraient être nécessaire à l'évaluation de la présente demande. Une copie de cette autorisation a la même valeur que la copie originale.

Signature de l'employé(e) _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Section 2 - À être remplie par le médecin traitant

Diagnostic de la maladie terminale : _____

Le régime d'assurance vie collective prévoit une prestation du vivant anticipé dans des cas où le patient/la patiente est en phase terminale d'une maladie qui devrait entraîner son décès dans les prochains 12 mois. Afin de nous aider avec notre évaluation, prière de nous indiquer l'espérance de vie actuellement anticipée de votre patient étant donné sa condition médicale : _____

Veuillez inclure une copie complète du dossier médical relatif à cette maladie terminale.

Commentaires : _____

Nom du médecin traitant (en lettre moulée) _____

Adresse Complète _____

Téléphone	Télécopieur

Signature du médecin traitant _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

À NOTER : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE LA PATIENTE.

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 506-853-5434 courriel : vieinvalidite@assomption.ca