



## AVIS DE SOINS EN ÉTABLISSEMENT

### DÉCLARATION DU DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie)

Nom au complet \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Police numéro \_\_\_\_\_

Adresse du domicile \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Mandat donné à (veuillez joindre la preuve du mandat, le cas échéant) \_\_\_\_\_

Adresse du mandataire \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du mandataire \_\_\_\_\_

Diagnostic \_\_\_\_\_

Date du diagnostic \_\_\_\_\_

Avez-vous à l'heure actuelle, besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir des activités de la vie quotidienne comme  se baigner  s'habiller  faire sa toilette  manger  marcher à l'intérieur  passer du lit à une chaise  se maintenir en état de continence  prendre des médicaments tel que prescrits ? \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Date de commencement de soins en établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Enumérez les services fournis aux résidents \_\_\_\_\_

Cet établissement est-il accrédité par le gouvernement provincial ?

Numéro du permis

Avez-vous d'autres couvertures de soins de longue durée avec d'autres compagnies d'assurance ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez les détails ci-dessous :

Nom de la Compagnie	Montant de prestation hebdomadaire ou mensuel	Période d'attente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avez-vous actuellement un revenu autre que celui que vous fournissent les régimes d'assurance ? Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez les détails \_\_\_\_\_

J'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de soins ou d'assistance sociale, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, toute institution financière, les représentants d'une agence d'enquête personnelle ou d'une agence de sécurité, mon employeur actuel ou tout employeur précédent et tout organisme public possédant des renseignements d'ordre personnel à mon sujet, en particulier des renseignements d'ordre médical, à les transmettre à la Compagnie d'assurance vie RBC et à ses réassureurs. Ces renseignements serviront aux enquêtes nécessaires à l'étude d'une demande de règlement ou à l'évaluation de la validité de la police telle qu'elle a été établie.

Je reconnais que si je refuse de fournir ces renseignements, la Compagnie d'assurance vie RBC sera dans l'impossibilité d'évaluer ma demande de règlement ou d'évaluer la validité de la police telle qu'elle a été établie.

Une photocopie de l'autorisation signée pour l'obtention de ces renseignements est légalement valide au même titre que l'original.

La présente autorisation reste valide tant qu'elle n'est pas révoquée par la Compagnie d'assurance vie RBC au moyen d'un avis écrit.

---

DATE

---

SIGNATURE DU DEMANDEUR

---

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE