

Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – SLA et maladie du motoneurone



Numéro de contrat

Il incombe au patient de se procurer le présent formulaire et de payer les frais engagés pour le faire remplir, sauf dans les cas où la loi l'interdit.

1 Renseignements personnels – Le patient doit remplir cette section seulement.			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	<input type="checkbox"/> M ^{lle}	Nom	Prénom
			Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale			Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement	Ville
Province	Code postal	Numéro de téléphone (jour)	

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

Autorisation

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé autorisés qui m'ont observé à des fins de diagnostic ou de traitement, les hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux dans lesquels j'ai été patient, les organismes publics, de même que les établissements privés spécialisés en services de santé ou en services sociaux, à communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) les renseignements dont elle a besoin aux fins de l'évaluation et de la gestion de la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life, ses conseillers et ses fournisseurs de services à recueillir les renseignements nécessaires à l'évaluation et à la gestion de cette demande de règlement avec toute personne ou tout organisme détenant des renseignements se rapportant à cette demande, y compris les professionnels de la santé, les organismes publics, les régimes provinciaux d'assurance-maladie, les établissements, les agences d'investigation et les compagnies d'assurance ou de réassurance, et à utiliser ces renseignements ou à les échanger avec ces mêmes personnes ou organismes si la Sun Life le juge nécessaire aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande.

Je conviens que le présente autorisation restera en vigueur pour la durée de cette demande de règlement.

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du patient X
-------------------	---------------------------

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

2 Déclaration du médecin – Cette section doit être remplie par le médecin traitant.

Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de la SLA et de la maladie du motoneurone (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le patient a consulté un autre médecin pour la première fois au sujet de la SLA et de la maladie du motoneurone (jj-mm-aaaa)	
Date de la première manifestation des symptômes de la SLA et de la maladie du motoneurone chez le patient (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le diagnostic a été confirmé (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le patient a été informé de son problème de santé (jj-mm-aaaa)

Veuillez confirmer votre diagnostic pour ce patient (sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive, paralysie pseudobulbaire ou SLA).

Indiquez le test diagnostique qui a été effectué pour poser le diagnostic. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins consultés par le patient ou les hôpitaux dans lesquels il a été hospitalisé en rapport avec cette affection ou une affection connexe. Veuillez joindre les rapports de consultation et les résultats des tests.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

Savez-vous si le père, la mère, les frères ou soeurs de votre patient ont **déjà** souffert de SLA, de troubles neurologiques ou d'un problème de santé connexe? Oui Non Si « oui », donnez des précisions ci-dessous.

Lien	Nom de l'affection	Année du diagnostic	Âge au moment du diagnostic

Votre patient a-t-il déjà souffert d'une maladie connexe? Oui Non Si « oui », donnez des précisions.

Votre patient fume-t-il? Oui Non Si « non », a-t-il **déjà** fumé? Oui Non

Si « oui », veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac.

--

2 Déclaration du médecin – Cette section doit être remplie par le médecin traitant. (suite)

Veillez nous faire part de tout autre renseignement qui pourrait nous être utile pour l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Veillez nous fournir une copie des rapports de spécialistes, y compris une copie des résultats de tests, d'analyses ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de votre patient. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

3 Autorisation et signature du médecin

Les renseignements que vous donnez à la Sun Life concernant cette demande de règlement peuvent être divulgués au patient ou aux personnes autorisées par le patient à recevoir de tels renseignements, à moins que vous ne nous avisiez par écrit qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du patient ou pourrait causer du tort à un tiers.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Spécialité médicale	
Adresse (numéro et rue)				Bureau	
Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone	
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du médecin X				

Envoyer l'original du formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au 1-866-487-4745. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir vous y reporter au besoin. Ensuite, veuillez envoyer l'original à l'adresse ci-dessus.