

# Couverture pour les enfants invalides

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

## 1 | À remplir par le participant

Le présent formulaire doit être utilisé dans le cas d'un enfant invalide d'un participant au régime dont l'âge excède l'âge limite prévu relativement aux enfants dans le contrat collectif.

Nom du promoteur/de l'employeur			
Nom de famille du participant		Prénom	Numéro de participant
Adresse électronique		Le participant bénéficie-t-il actuellement de l'assurance des personnes à charge? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquer la date d'effet de cette assurance Date (aaaa-mm-jj) _____
Couverture demandée pour la personne à charge : <input type="checkbox"/> Couverture Frais médicaux <input type="checkbox"/> Couverture Frais dentaires <input type="checkbox"/> Assurance-vie des enfants à charge <input type="checkbox"/> Assurance contre les maladies graves des enfants à charge Numéro de contrat : _____    Numéro de contrat : _____    Numéro de contrat : _____    Numéro de contrat : _____			
Nom de famille de l'enfant invalide		Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme    Date de naissance (aaaa-mm-jj) _____
Nature de l'invalidité			Date depuis laquelle la personne est invalide (aaaa-mm-jj) _____

L'enfant à charge invalide vit-il avec vous et assurez-vous entièrement sa subsistance?  Oui  Non  
 Un certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées a-t-il été envoyé à l'Agence du revenu du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu pour cette personne à charge invalide? L'Agence a-t-elle approuvé ce certificat?  
 Oui Si oui, veuillez signer le présent formulaire et retournez-le accompagné d'une copie du document d'approbation émis par l'Agence du revenu du Canada.  
 Non Si non, passez à la section 3 puis à la section 4.

## 2 | Autorisation du participant et signature

Je certifie que je suis autorisé légalement à produire la présente déclaration et autorisation. La présente certifie que l'enfant non marié désigné ci-dessus a 21 ans ou plus, que, en raison d'une invalidité, il est devenu incapable d'exercer un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins avant l'âge de 21 ans, ou entre 21 et 25 ans (ou l'âge prescrit dans toute loi pertinente) pendant qu'il étudiait à temps plein dans une école, un collège ou une université accrédités, et que j'en assure principalement le soutien. Les renseignements que j'ai fournis dans la présente sont véridiques et complets.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir, à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime, et à les communiquer au médecin traitant de la personne à charge ou avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande, notamment les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant	Date (aaaa-mm-jj)
X	_____

## **2 | Autorisation du participant et signature (suite)**

### **Protection des renseignements personnels**

Nous avons à cœur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivee@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivee@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

**Des questions?** Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer notre numéro sans frais 1 800 361-6212, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est).

## **3 | À remplir par le médecin traitant**

### **Diagnostic concernant l'état de santé actuel du patient**


**Restrictions ou limitations en ce qui touche la capacité à exécuter des tâches, notamment soulever de lourdes charges, conduire, faire fonctionner de l'équipement, rester assis pendant des périodes prolongées.**

Restrictions – tâches qui ne peuvent être exécutées.

Limitations – tâches qui peuvent être exécutées, mais qui ne sont pas recommandées.


### **Type de médicament et posologie/traitemet prescrit et fréquence de soins**


### **Appareils ou accessoires fonctionnels**

Les appareils ou accessoires fonctionnels sont des moyens qu'à notre avis la personne assurée peut utiliser pour améliorer ses capacités fonctionnelles. Ils comprennent, entre autres, sans s'y limiter, les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les bêquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les cadres de marche et les fauteuils roulants.


Depuis quand l'enfant est-il incapable de subvenir à ses besoins? (aaaa-mm-jj) — — —	Date à laquelle le patient devrait être en mesure de commencer à travailler ou de poursuivre ses études (aaaa-mm-jj) — — —
Jusqu'à quand le patient a-t-il poursuivi ses études? (aaaa-mm-jj) — — —	Niveau d'études atteint

### 3 | À remplir par le médecin traitant (suite)

#### État de santé actuel du patient

Cochez uniquement les activités que le patient est incapable d'accomplir.

**Se laver**

Se laver soi-même avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou
- en s'épongeant.

**S'habiller**

L'activité consistant à mettre, à retirer, à attacher et à défaire, avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- des vêtements et
- des orthèses et supports médicalement nécessaires ou des membres artificiels.

Nous considérons que la personne assurée ne dépend pas d'une autre personne pour s'habiller si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements qu'elle porte habituellement lui permettent de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique importante.

**Se nourrir**

L'activité consistant à absorber de la nourriture, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels :

- par la bouche, ou
- par une sonde alimentaire.

L'activité de se nourrir ne comprend pas la cuisson ou la préparation des repas.

**Se servir des toilettes**

Effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels.

**Se déplacer**

Se coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels.

Cela ne comprend pas le fait de prendre place dans une baignoire ou sous la douche et d'en sortir, puisque ceci est compris dans l'activité de se laver.

**La continence**

La capacité de maîtriser les fonctions de défécation (intestin) et de miction ( vessie ) ou encore avoir la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche pour colostomie) si la personne est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction, ou les deux fonctions.

#### Observations

--	--

Nom de famille du médecin		Prénom	
N° de téléphone — —	Adresse (numéro et rue)		
Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
Signature du médecin traitant <b>X</b>			Date (aaaa-mm-jj) — —

### 4 | Directives sur l'expédition

Envoyer le formulaire dûment rempli à l'une des adresses suivantes dans une enveloppe portant la mention «Confidentiel» et conservez-en une copie pour vos dossiers.

Numéro de télécopieur sans frais : 1-877-897-5519

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**

Tarification médicale

Confidentiel

C. P. 11691, succ. CV

Montréal QC H3C 3J9

Numéro de télécopieur sans frais : 1-877-897-6605

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**

Tarification médicale

Confidentiel

C. P. 578, succ. Waterloo

Waterloo ON N2J 4B8

Numéro sans frais : 1-866-882-0884