

Demande de règlement invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

Pour éviter tout retard dans l'étude de cette demande de règlement, il faut présenter la Déclaration du demandeur et la Déclaration de l'employeur. Tous les frais engagés pour l'obtention de renseignements à l'appui de cette demande sont à la charge du propriétaire du contrat.

1 Renseignements personnels – patient doit remplir cette section seulement.

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

Numéro de contrat		Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Prénom du patient <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}			Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

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 sociaux, à communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Financière Sun Life) les renseignements dont elle a besoin aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement. J'autorise la Financière 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 Financière Sun Life le juge nécessaire aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande.

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

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

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

2 Renseignements sur le médecin – Le médecin traitant doit remplir les sections 2 et 3.

Prénom du médecin qui remplit ce formulaire		Nom	
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (indiquez la spécialité) :			
Adresse (numéro et rue)			Bureau
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	

3 Renseignements médicaux

Le service des règlements de l'individuelle se fondera sur les renseignements que vous fournirez pour évaluer l'admissibilité de votre patient à un règlement d'invalidité. L'évaluation de l'admissibilité est fonction de la définition d'«invalidité» dans le contrat, qui peut d'ailleurs changer à une date précise. Selon le contrat, l'invalidité a deux définitions :

Profession habituelle : Incapacité du patient d'accomplir les tâches essentielles de la profession qu'il exerçait avant le début de l'invalidité.

Quelque profession : Incapacité du patient d'accomplir les tâches essentielles de quelque profession qui convienne à ses études, à sa formation et à son expérience professionnelle.

Nous pouvons divulguer les renseignements que vous donnez à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concernant cette demande de règlement au patient ou aux personnes qu'il autorise 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.

Demande de règlement invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

3 Renseignements médicaux (suite)

Dans le souci d'assurer le traitement rapide de la demande de votre patient, nous attirons votre attention sur les points suivants qui vous aideront à remplir ce formulaire :

- Indiquer les signes et les symptômes particuliers que vous avez notés. Des observations cliniques doivent confirmer l'invalidité en vue de donner droit à un règlement.
- Fournir des précisions sur toutes les limitations fonctionnelles qui empêchent le patient d'exercer les tâches essentielles de sa profession habituelle ou de quelque profession que ce soit et indiquer la gravité de toute limitation fonctionnelle.
- Fournir tout renseignement supplémentaire démontrant l'invalidité qui facilitera l'évaluation de la demande de règlement, notamment :
 - un résumé des observations des spécialistes
 - les résultats des examens complémentaires
 - les rapports de consultation
 - **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**
- Remplir le formulaire dans les meilleurs délais.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie vous remercie de votre collaboration. Si vous avez des questions à poser, veuillez communiquer avec nous au **1-877-786-5433**.

Il incombe au propriétaire du contrat de payer les frais engagés pour obtenir des renseignements médicaux et pour faire remplir le présent formulaire sauf dans les cas où la loi l'interdit.

Les renseignements suivants seront utilisés pour évaluer l'admissibilité de votre patient à des avantages en cas d'invalidité. Des réponses complètes et précises accéléreront notre évaluation.

Diagnostic

Diagnostic principal	
Symptômes	
Diagnostic secondaire	
Symptômes	
Autres facteurs pouvant contribuer ou toute complication	Le problème de santé est-il considéré comme chronique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Antécédents médicaux

Date des premiers symptômes ou de l'accident (jj-mm-aaaa)	La maladie ou la blessure ont obligé le patient à cesser de travailler le (jj-mm-aaaa)	Date de la première visite (jj-mm-aaaa)
S'agit-il d'une maladie ou d'une blessure professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Le patient a-t-il déjà souffert de cette même affection ou d'une affection de ce genre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si « oui », indiquez à quelle date et décrivez l'affection. _____	
Si vous avez traité le patient au cours des 8 dernières années pour une maladie ou blessure qui a duré plus de 2 semaines , veuillez donner des détails. _____ _____		

Demande de règlement invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

3 Renseignements médicaux (suite)

À votre connaissance, le patient a-t-il utilisé un produit quelconque contenant du tabac ou de la nicotine? Oui Non Si «oui», précisez :

Observations cliniques/examens complémentaires

Date du dernier examen (jj-mm-aaaa)	Le patient est <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher	Taille	Poids	Tension artérielle	Pouls
Examens complémentaires (ex. ECG, radiographies, tests de laboratoire, etc.)	Date (jj-mm-aaaa)		Compte rendu des résultats		
			Copie ci-jointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
			Copie ci-jointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
			Copie ci-jointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Prévoit-on d'autres examens complémentaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», indiquez le type d'examen et la date.					

Avez-vous recommandé votre patient à d'autres médecins ou spécialistes? Oui Non Si «oui», fournissez les renseignements suivants :

Nom du médecin et sa spécialité	Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Observations

Votre patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Si «oui», indiquez le nom de l'établissement : _____ Date d'admission (jj-mm-aaaa) _____ Date de sortie (jj-mm-aaaa) _____

Traitement

Fréquence des visites du patient :

Hebdomadaires Toutes les deux semaines Mensuelles Autre (précisez) : _____

Énumérez les médicaments prescrits et leur posologie.

Thérapie? Oui Non Si «oui», précisez le type (ex. : physiothérapie, psychothérapie, etc.).

Fréquence de la thérapie :

Quotidienne _____ fois par semaine Autre _____

Endroit :

Consultation externe Clinique À domicile

Chirurgie? Oui Non Si «oui», précisez le type :

Date (jj-mm-aaaa) subie prévue

Autres traitements en cours ou prévus? Oui Non Si «oui», donnez des précisions et les dates.

Demande de règlement invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

3 Renseignements médicaux (suite)

Décrivez brièvement la façon dont le patient réagit au traitement.

Limitations fonctionnelles durant la période d'invalidité

Fonction	Degré de limitation/gravité					Renseignements requis		
	Aucune	Légère	Modérée	Importante	Ne sais pas			
Psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat échelle EGF <input type="checkbox"/> Moins de 40 <input type="checkbox"/> De 41 à 50 (symptômes importants) <input type="checkbox"/> De 51 à 60 (symptômes d'intensité moyenne) <input type="checkbox"/> De 61 à 70 (symptômes légers) <input type="checkbox"/> Plus de 71		
Sensorielle et neurologique	Cognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acuité visuelle corrigée Gauche : _____ Droit : _____	
	Sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Physique	Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restriction de temps : _____	
	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restriction de temps : _____	
	Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restriction de temps : _____	
	Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restriction de temps : _____	
	Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Soulever des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poids maximum recommandé : _____	
Cardiaque	Problème de santé	Aucun	Légère	Modéré	Important	Ne sais pas	Traitement	Réaction
	Cardiomégalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Insuffisance cardiaque congestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Dyspnée (essoufflement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oedème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Catégories – fonction cardiaque :							
<input type="checkbox"/> Catégorie 1 (aucune limitation)		<input type="checkbox"/> Catégorie 2 (limitation légère)		<input type="checkbox"/> Catégorie 3 (limitation marquée)		<input type="checkbox"/> Catégorie 4 (limitation totale)		

Dans le cas de blessures affectant le mouvement, veuillez énumérer les effets sur l'amplitude des mouvements :

Demande de règlement invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

3 Renseignements médicaux (suite)

Décrivez toute autre limitation fonctionnelle, physique ou psychologique, que vous considérez comme un obstacle majeur empêchant votre patient de travailler.

Le patient a-t-il subi des examens d'évaluation de ses capacités fonctionnelles? Oui Non Si «**oui**», veuillez joindre une copie de l'évaluation ou fournir des précisions :

A-t-il été ou sera-t-il recommandé au patient de participer à un programme de réadaptation? Oui Non Si «**oui**», précisez :

Pronostic

Le patient travaille-t-il actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui Depuis quelle date (jj-mm-aaaa)?	<input type="checkbox"/> le patient est retourné au travail en vue d'exercer sa profession habituelle.	<input type="checkbox"/> temps plein
	<input type="checkbox"/> Non À quelle date, selon vous, ce patient est/sera capable de retourner au travail (jj-mm-aaaa)?	<input type="checkbox"/> le patient est retourné au travail en vue d'exercer une autre profession.	<input type="checkbox"/> temps partiel
		<input type="checkbox"/> ce patient est/sera capable de retourner au travail en vue d'exercer sa profession habituelle.	<input type="checkbox"/> retour au travail progressif (fournir des précisions ci-dessous)
		<input type="checkbox"/> ce patient est/sera capable de retourner au travail en vue d'exercer une autre profession.	<input type="checkbox"/> temps plein
		L'autre profession est un travail : <input type="checkbox"/> sédentaire <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> lourd	<input type="checkbox"/> temps partiel
			<input type="checkbox"/> retour au travail progressif (fournir des précisions ci-dessous)
Autres observations ou programme de retour progressif au travail			

Nom du médecin en lettres moulées

Signature du médecin

X

Date (jj-mm-aaaa)

Veuillez retourner le formulaire au patient ou envoyez-le à :

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

Si vous le préférez, vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au numéro ci-dessous. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir y reporter au besoin.

Numéro de télécopieur : 1-866-487-4745