

Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

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"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	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)		

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 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 et à utiliser les renseignements nécessaires aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement, et à les échanger avec toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents au sujet de cette demande, notamment 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, si la Financière Sun Life le juge nécessaire aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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 patient – Cette section doit être remplie par le cardiologue traitant.

En plus de répondre aux questions suivantes, veuillez vous assurer de nous fournir une copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, notamment les rapports d'admission et de départ de l'hôpital, les résultats des ECG, les résultats des marqueurs biochimiques cardiaques, les résultats d'analyses sanguines, angiogrammes, échocardiogrammes et examens d'imagerie, ainsi que les résultats de tout autre test ou analyse ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de votre patient.

2.1 Est-ce qu'un diagnostic de crise cardiaque a été établi? Oui Non

Si «oui», quand a-t-il été établi?

2 Renseignements sur le patient (suite)

2.2 Si «oui» en réponse à 2.1, veuillez nous fournir une description des signes cliniques et des symptômes attestant le diagnostic de crise cardiaque et la date à laquelle ils ont commencé à se manifester.

Date (jj-mm-aaaa)

2.3 Y a-t-il eu une élévation et une chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic de crise cardiaque? Oui Non
 Si «oui», veuillez nous indiquer le taux des marqueurs biochimiques cardiaques et/ou de troponine, notamment la fraction de la CPK-MB et le pourcentage de la CPK totale au moment où votre patient a reçu un diagnostic de crise cardiaque. Veuillez vous assurer de fournir des copies de tous les rapports.

2.4 a) Y a-t-il eu des modifications de l'ECG attestant le diagnostic de crise cardiaque au moment de l'événement? Oui Non
 b) Y a-t-il eu apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle? .. Oui Non
 Si «oui», veuillez vous assurer de fournir des copies de tous les rapports et tracés.

2.5 Les angiogrammes, les échocardiogrammes ou autres examens d'imagerie attestent-ils le diagnostic de crise cardiaque ou révèlent-ils une obstruction récente d'une artère coronaire? Oui Non
 Si «oui», veuillez vous assurer de fournir des copies des analyses ou tests effectués.

2.6 D'autres examens ont-ils été effectués? Oui Non
 Si «oui», veuillez donner des précisions ci-dessous et vous assurer de fournir des copies des analyses ou tests effectués.

Date (jj-mm-aaaa)	Précisions

2.7 Veuillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où votre patient a été traité pour cette affection ou une affection connexe.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Date (jj-mm-aaaa)	Raison de la visite

2 Renseignements sur le patient (suite)

2.8 Votre patient a-t-il des antécédents de problèmes cardiaques? Oui Non
Si «oui», veuillez donner des précisions ci-dessous.

Date (jj-mm-aaaa)	Précisions

2.9 La crise cardiaque a-t-elle été causée par un abus de drogues, d'alcool ou de médicaments? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

--

2.10 Dans la famille biologique (père, mère, frères ou sœurs) de votre patient, y a-t-il des personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie du cœur **avant l'âge de 65 ans**? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions, notamment l'âge et l'année du diagnostic.

2.11 Votre patient fume-t-il? Oui Non Si la réponse est «non», a-t-il déjà fumé? Oui Non
Si la réponse est «oui», veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac.

--

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

Veuillez vous assurer de nous fournir une copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, notamment les rapports d'admission et de départ de l'hôpital, les résultats des ECG, les résultats des marqueurs biochimiques cardiaques, les résultats d'analyses sanguines, angiogrammes, échocardiogrammes et examens d'imagerie, ainsi que les résultats de tout autre test ou analyse ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de votre patient.

3 Autorisation du médecin et signature

Les renseignements que vous donnez à la Financière Sun Life concernant cette demande de règlement peuvent être communiqués au patient ou à toute personne autorisée par celui-ci à recevoir ces renseignements, à moins que vous ne nous informiez par écrit qu'il existe une forte possibilité que la communication de ces renseignements ait des effets négatifs importants sur l'état de santé du patient ou cause un préjudice à une tierce partie.

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				

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud, 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 et de vous assurer d'envoyer l'original du formulaire à l'adresse indiquée ci-dessus.