

Bonjour,

Nous vous remercions d'avance de remplir ce formulaire au nom de votre patient qui est aussi notre assuré. Ce faisant, vous lui permettez d'avoir en main les documents requis pour présenter une demande de règlement au titre de sa couverture d'assurance maladies graves de la Financière Sun Life.

Un contrat d'assurance maladies graves couvre un grand nombre d'affections comportant chacune des critères diagnostiques définis. Nous vous prions de répondre aux questions du formulaire ci-joint pour nous aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Votre patient fait une demande en vertu de la définition d'accident vasculaire cérébral donnée dans le contrat. Veuillez indiquer le maximum d'information sur le formulaire et nous fournir les documents ci-dessous :

- Rapports d'admission à l'hôpital et de sortie de l'hôpital.
- Tous les comptes rendus des spécialistes et rapports de réadaptation.
- Tous les comptes rendus des tomodensitométries et des IRM.
- Résultats de tout autre examen ou test ou toute autre preuve similaire à l'appui du diagnostic de votre patient.
- Documentation portant sur tous les déficits neurologiques nouveaux et actuels.

Nota :

- **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**
- **Des prestations peuvent être versées seulement si les nouveaux déficits neurologiques du patient subsistent depuis au moins 30 jours.**
- **N'envoyez pas ce formulaire à moins qu'il soit évident que cette condition sera respectée.**

Nous serons heureux de vous régler des frais administratifs de 50 \$ pour la photocopie des pièces médicales concernant votre patient, sur réception de celles-ci. Veuillez joindre votre facture au formulaire. Il incombe au patient de payer les frais exigés pour remplir ce formulaire, le cas échéant.

Nous vous remercions de votre collaboration à cet égard. Si vous avez des questions à poser, veuillez appeler au 1-877-786-5433, poste 441-2809, ou nous écrire à l'adresse DISABLF@sunlife.com.

Important : Ne pas retourner la présente page avec le formulaire dûment rempli.

Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – Accident vasculaire cérébral (AVC)

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 ^{lle}	<input type="checkbox"/> M ^{me}	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 la présente 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 le présente autorisation restera en vigueur pour la durée de la présente 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 – Remplir uniquement si les déficits neurologiques de votre patient durent **plus de 30 jours**.

Veuillez vous assurer de joindre les documents suivants au présent formulaire :

- Dossier d'hospitalisation : anamnèse à l'admission et résumé de sortie.
- Tous les rapports de spécialistes.
- Tous les résultats de tomodensitométries ou d'IRM.
- Les résultats de tout autre examen ou test ou d'autres preuves similaires à l'appui du diagnostic de votre patient. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**
- Documentation décrivant tous les déficits neurologiques actuels.

Nota :

- Ne remplissez pas le présent formulaire jusqu'à ce qu'il soit évident que votre patient a ou aura des déficits neurologiques qui dureront **plus de 30 jours**.
- Il incombe au patient de payer les frais engagés pour remplir le présent formulaire.

Date de l'AVC (jj-mm-aaaa)	Quand le diagnostic d'AVC a-t-il été posé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prénom du médecin qui a posé le diagnostic	Nom
L'accident vasculaire cérébral provient-il d'un infarctus du tissu cérébral, d'une hémorragie, d'une embolie ou d'un anévrisme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », donnez des précisions.			

2 Déclaration du médecin – Remplir uniquement si les déficits neurologiques de votre patient durent plus de 30 jours. (suite)

Date de la première manifestation des symptômes ou épisodes de la maladie vasculaire cérébrale chez le patient (jj-mm-aaaa)		Donnez des précisions sur ces symptômes ou épisodes.
Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de ce problème de santé (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le patient a consulté un médecin pour la première fois au sujet de ce problème de santé (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le patient a pris conscience pour la première fois du diagnostic (jj-mm-aaaa)

L'AVC a-t-il causé de nouveaux déficits neurologiques objectifs? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions sur tout nouveau déficit neurologique objectif présent 30 jours après l'AVC.

Avant l'AVC, y avait-il des déficits neurologiques préexistants? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions sur le déficit et la cause et indiquez la date de la première manifestation.

Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou les hôpitaux dans lesquels il a été hospitalisé en rapport avec son affection.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

Savez-vous si le père, la mère, les frères ou sœurs de votre patient ont déjà souffert de ce problème de santé ou de ce problème de santé connexe? Oui Non Si «oui», donnez des précisions ci-dessous.

Nom	Lien avec le patient	Âge lors de la première manifestation	Année du diagnostic

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

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

--

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

3 Autorisation et signature du médecin

Les renseignements que vous donnez à la Financière 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 de famille 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
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. Ensuite, veuillez envoyer l'original à l'adresse ci-dessus.