

# Assurance maladies graves

## Déclaration du médecin – Cancer

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 de famille	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)	

### Déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada

À la Financière Sun Life, la protection des renseignements personnels vous concernant est une priorité. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous ainsi que sur les contrats que vous avez souscrits auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services de placement et d'assurance qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés, les représentants, les partenaires de distribution (tels que les conseillers et leurs sociétés) et les tiers fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion et du traitement du ou des contrats que vous avez souscrits auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, nos réassureurs ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être établies 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. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de les faire corriger en nous le demandant par écrit.

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).

### Autorisation

J'autorise les médecins et les 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 sociaux ou en services de santé, 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 la présente déclaration et autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

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

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic formel, confirmé par biopsie, de cancer? <input type="checkbox"/> Oui Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie. <input type="checkbox"/> Non	Veillez préciser le genre de cancer	Stade/Classification
Date d'apparition des premiers symptômes : (jj-mm-aaaa) — —	Date à laquelle votre patient s'est rendu compte pour la première fois de ce problème : (jj-mm-aaaa) — —	
Date à laquelle votre patient vous a consulté pour la première fois au sujet de ce problème : (jj-mm-aaaa) — —	Date à laquelle votre patient a consulté un médecin pour la première fois au sujet de ce problème : (jj-mm-aaaa) — —	

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

Votre patient a-t-il des antécédents de cancer, de tumeur maligne, d'état précancéreux ou d'un problème de santé semblable?  Oui  Non  
Si oui, indiquez les dates des consultations et le diagnostic posé.

Date de la consultation (jj-mm-aaaa) — —	Diagnostic
Date de la consultation (jj-mm-aaaa) — —	Diagnostic

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 son affection.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

Votre patient a-t-il subi d'autres investigations, tests ou interventions?  Oui  Non Si oui, donnez des précisions.


Savez-vous si le père, la mère, les frères ou soeurs de votre patient ont souffert d'un cancer, d'une tumeur maligne, d'un état précancéreux ou d'un problème de santé connexe?  Oui  Non Si oui, donnez des précisions, notamment l'âge et l'année du diagnostic.


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.

--

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 nous fournir une copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, notamment une copie de tout rapport de pathologie, ainsi qu'une copie des 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 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
Signature du médecin X		Numéro de téléphone — —
		Date (jj-mm-aaaa) — —

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.