

## Feuille de renseignements à l'intention du conseiller – ne pas remettre au demandeur

Ce que vous devez faire avant de remettre un formulaire de demande de règlement au demandeur :

Vous devez passer en revue les critères d'admissibilité, dont le délai d'attente et le délai prévu par le contrat pour soumettre une demande de règlement, avec la personne assurée ou son mandataire en vertu d'une procuration relative aux biens.

Critère d'admissibilité :

1. Si la demande de règlement est présentée parce que la personne assurée reçoit des soins palliatifs, il faudra l'indiquer à la section 2, question 3 b)

2. Dépendance physique et détérioration des facultés mentales

Pour être admissible aux prestations d'assurance de soins de longue durée, la personne assurée doit :

- avoir constamment besoin d'une aide physique importante ou immédiate de la part d'une autre personne pour accomplir **au moins deux** des activités de la vie quotidienne (reportez-vous à la question 11 pour obtenir une liste et une description des activités de la vie quotidienne); ou
- être constamment surveillée par une autre personne pour se protéger de tout ce qui pourrait menacer sa santé et sa sécurité par suite de la détérioration des facultés mentales causée par une maladie cérébrale d'origine organique comme la maladie d'Alzheimer, une démence irréversible ou une blessure au cerveau.

3. Délai d'attente et délai prévu par le contrat pour soumettre une demande de règlement

Le délai d'attente doit avoir été respecté avant que le médecin remplisse la déclaration du médecin traitant (formulaire F222).

Si la demande de règlement est présentée après le délai prévu par le contrat, le demandeur doit fournir une explication écrite de son retard.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec l'équipe des règlements d'assurance individuelle en composant le numéro sans frais des conseillers.

Ne pas remettre cette page au demandeur. Elle est destinée à votre usage exclusif.

# Assurance de soins de longue durée – Déclaration du demandeur



Numéro de contrat

## ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

### Directives :

Le présent formulaire doit être utilisé pour faire une demande de prestations d'assurance de soins de longue durée. Il doit être rempli et signé par :

- la personne assurée, ou
- le mandataire en vertu d'une procuration relative aux biens, si la personne assurée est inapte ou incapable. Remplir la procuration à la page 5 et fournir une copie de la procuration relative aux biens.

**Il incombe au propriétaire du contrat de régler les frais d'obtention des renseignements médicaux.**

<b>1 Renseignements personnels</b>			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>	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)	

1. Si vous avez un conjoint qui possède une assurance de soins de longue durée de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, il peut être admissible à l'exonération de la prime du conjoint. Veuillez indiquer le numéro du contrat d'assurance de soins de longue durée.

Numéro du contrat

2. Habitez-vous actuellement à l'adresse susmentionnée?  Oui  Non

Si «oui», avec qui habitez-vous?

seul  avec mon conjoint  avec un membre de la famille

autre (précisez) \_\_\_\_\_

Si «non», où habitez-vous?

dans une maison de convalescence  dans un hôpital  dans la maison d'un membre de la famille

autre (précisez) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone

Numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre :

## 2 Renseignements sur la dépendance physique

Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

### 3. Dépendance physique :

a) Veuillez décrire votre dépendance physique.


b) Diagnostic


c) Date à laquelle vous avez commencé à avoir besoin d'aide pour accomplir **au moins deux** activités de la vie quotidienne. Vous trouverez une description des activités de la vie quotidienne à la page 4.

Date (jj-mm-aaaa)

--

d) Si votre dépendance a pris fin, indiquez la date à laquelle vous avez cessé d'avoir besoin d'aide.

Date (jj-mm-aaaa)

--

e) Veuillez joindre une copie de tous les rapports médicaux dont vous disposez portant sur votre dépendance physique.

4. Si votre dépendance résulte d'un accident, veuillez nous fournir des précisions. Si vous étiez au volant d'un véhicule, veuillez joindre une copie du rapport de l'accident produit par la police.


5. Recevez-vous des prestations d'assurance automobile?  Oui  Non

Si «oui», veuillez indiquer le nom de l'assureur automobile et le numéro de votre dossier.

Assureur automobile

Numéro de dossier

--	--

### 6. Trouble cognitif :

Date (jj-mm-aaaa)

a) Date à laquelle vous avez commencé à avoir besoin d'être constamment surveillé.

--

b) Diagnostic


**2 Renseignements sur la dépendance physique (suite)**

7. Veuillez indiquer le nom de tous les médecins et cliniques médicales que vous avez consultés pour un examen médical ou pour des soins au cours des sept dernières années.

Prénom	Nom	Numéro de téléphone	Visites (jj-mm-aaaa)	
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au
			Du	Au

8. Si vous avez séjourné dans un hôpital ou une maison de convalescence en raison de votre état de santé actuel, veuillez fournir les renseignements ci-dessous :

Nom de l'hôpital et ou de l'établissement	Numéro de téléphone	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

9. Veuillez indiquer le nom de tous les soignants qui s'occupent actuellement de vous. Inclure les soignants autorisés à fournir des soins, de même que les amis et les membres de la famille qui vous aident.

Nom de l'agence ou de la personne qui fournit les soins	Lien avec la personne qui fournit les soins	Numéro de téléphone	Date de la prestation des soins (jj-mm-aaaa)		Description de l'aide apportée
			Du	Au	
			Du		
			Au		
			Du		
			Au		
			Du		
			Au		
			Du		
			Au		

10. Utilisez-vous des accessoires ou des appareils fonctionnels pour accomplir vos activités de la vie quotidienne?  Oui  Non

Si «oui», veuillez indiquer tout ce qui s'applique.

- lit réglable       crochet à boutons       canne       béquilles       barres d'appui  
 banc de transfert       déambulateur       fauteuil roulant       pince longue       tabouret de bain  
 brosse à long manche pour le bain       siège élévateur       siège de toilette réglable

autre (précisez) \_\_\_\_\_

## 2 Renseignements sur la dépendance physique (suite)

11. Avez-vous besoin d'une aide physique importante ou immédiate de la part d'une autre personne pour accomplir entièrement, en toute sécurité, **au moins deux** des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous? Une aide immédiate signifie que l'aidant doit être à portée de bras de la personne assurée chaque fois que cette dernière accomplit une activité de la vie quotidienne requérant une telle aide. Veuillez remplir la section suivante car les renseignements requis sont essentiels à l'étude de votre demande de règlement.

Activités de la vie quotidienne	Aide requise	Date où vous avez eu besoin d'aide (jj-mm-aaaa)	Précisions (indiquer le type d'aide et la fréquence)
<b>Se laver</b> a) en faisant sa toilette à l'éponge b) dans une baignoire ou sous la douche c) prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	
<b>S'habiller</b> (mettre, retirer, attacher et défaire) a) les vêtements b) les orthèses et supports médicalement nécessaires ou les membres artificiels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	
<b>Se nourrir</b> (en absorbant des aliments; NE COMPREND PAS la cuisson ou la préparation des repas) a) par la bouche b) au moyen d'une sonde d'alimentation c) par voie intraveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	
<b>Se servir des toilettes</b> a) effectuer l'aller-retour aux toilettes b) s'asseoir sur le siège des toilettes et se relever c) accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	
<b>Se déplacer</b> (se lever du lit, se coucher, s'asseoir ou se lever d'une chaise) a) se coucher ou se lever du lit b) s'asseoir ou se lever d'une chaise c) s'asseoir ou se lever d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	
<b>La continence</b> a) êtes-vous capable de maîtriser vos fonctions urinaires? b) êtes-vous capable de maîtriser vos fonctions intestinales? c) avez-vous besoin d'aide pour accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle? d) avez-vous une sonde ou une poche pour colostomie? e) avez-vous besoin d'aide pour l'entretien de votre sonde ou de votre poche pour colostomie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du	
		Au	

### 3 Attestation et autorisation de la personne assurée

J'atteste que les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques. 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 la présente demande de règlement et du contrat auprès de toute personne ou tout organisme détenant des renseignements pertinents relativement à la présente 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 la présente demande de règlement et du contrat.

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

Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne assurée (ou du mandataire en vertu d'une procuration relative aux biens) X
-------------------	--

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

#### Procuration relative aux biens (inclure une copie du document)

Nom du mandataire		Lien	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de téléphone au bureau	

**Conserver une copie et envoyer l'original 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

Si vous le préférez, vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au numéro ci-dessous. Dans ce cas, nous vous conseillons de conserver le formulaire dans vos dossiers aux fins de référence ultérieure.

Numéro de télécopieur : 1-866-487-4745

# Renseignements importants



**Important :** Remettre cette page au demandeur.

## **Protection des renseignements personnels**

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite).