

Assurance de soins de longue durée – Déclaration du médecin traitant

Numéro de contrat

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

1 Renseignements personnels – Le patient (la personne assurée) doit remplir les sections 1 et 2.

Veuillez remplir la première page puis remettre le formulaire à votre médecin qui remplira les autres pages.
Il incombe au patient de faire remplir cette déclaration et d'en payer le coût.

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom <input type="checkbox"/> Mlle	Prénom
Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale	
Date à laquelle vous avez commencé à avoir besoin d'aide pour accomplir au moins 2 activités de la vie quotidienne (AVQ). Vous trouverez une description des activités de la vie quotidienne dans votre contrat d'assurance. Nota : Cette date devrait être la même que la date que vous avez indiquée dans votre déclaration du demandeur.	(jj-mm-aaaa)

2 Autorisation

La personne assurée (ou le mandataire en vertu d'une procuration) autorise :

- les médecins et autres professionnels de la santé qui ont observé la personne assurée à des fins de diagnostic ou de traitement, les hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux dans lesquels la personne assurée a été patiente, les organismes publics, de même que les établissements privés spécialisés en services de la santé, ou sociaux, à communiquer à la Financière Sun Life les renseignements dont elle a besoin aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement, et
- 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 auprès de 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.

La personne assurée (ou le mandataire en vertu d'une procuration) convient que la présente autorisation restera en vigueur pour la durée de cette demande de règlement.

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

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

Nom du médecin qui remplit ce formulaire		Prénom
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (indiquer la spécialité)		
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Téléphone		Télécopieur

3 Renseignements médicaux – Le médecin traitant doit remplir la section 3.

Les renseignements suivants seront utilisés pour évaluer l'admissibilité de votre patient à des prestations en vertu d'un contrat d'assurance de soins de longue durée selon l'incapacité d'accomplir des activités de la vie quotidienne ou la présence d'un trouble cognitif. Des réponses complètes et précises nous permettent d'évaluer la demande de règlement plus rapidement. Veuillez nous retourner ce formulaire à l'adresse indiquée au bas de la page 5.

Nota : Pour que la demande de règlement soit prise en considération, il faut inclure une copie de TOUS les rapports de consultation, résultats d'examens et notes cliniques depuis la date du trouble cognitif ou la date du début de la dépendance quant à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Veuillez également fournir une copie de tout document sur tout séjour à l'hôpital (rapport d'admission, rapport de sortie/feuille sommaire). Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

Diagnostic

1. Principal	Symptômes
2. Secondaire	Symptômes

Antécédents médicaux

Date (jj-mm-aaaa)

1. Date des premiers symptômes :

Date (jj-mm-aaaa)

2. a) Date de la première visite pour l'affection diagnostiquée :

b) Nature de la visite (problème principal)

3. a) Votre patient a-t-il souffert de cette même affection ou d'une affection de ce genre dans le passé?

Oui Non Ne sais pas

b) Si «oui», donnez des précisions.

4. a) Date de la dernière visite de votre patient :

Date (jj-mm-aaaa)

b) Nature de la dernière visite de votre patient (problème principal)

5. Donnez des précisions sur toute maladie grave ou chronique pour laquelle votre patient a été traité, la date du diagnostic et les signes ou les symptômes qu'il présentait.

6. a) L'abus d'alcool ou de drogues a-t-il déjà été un problème? Oui Non Ne sais pas

b) Si «oui», indiquez la date et décrivez le problème.

7. Votre patient est-il droitier? gaucher?

3 Renseignements médicaux – Le médecin traitant doit remplir la section 3. (suite)

8. Veuillez décrire les limitations fonctionnelles de votre patient en ce qui a trait à l'équilibre et à la dextérité. Précisez également l'amplitude des mouvements du dos, du cou, des épaules, des hanches et des genoux telle qu'elle a été déterminée par votre examen.

9. Votre patient a-t-il subi des examens d'évaluation de ses capacités fonctionnelles?

Oui Non Si «oui», veuillez joindre une copie des évaluations.

10. A-t-il été ou sera-t-il recommandé à votre patient de participer à un programme de réadaptation ou de physiothérapie?

Oui Non Si «oui», donnez des précisions.

DÉTÉRIORATION DES FACULTÉS MENTALES (À remplir si la demande de règlement a trait à un trouble cognitif. Sinon, passer à la question 12.)

«Trouble cognitif» est défini dans notre contrat comme la détérioration des facultés mentales résultant d'une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par une lésion du cerveau. Le diagnostic est basé sur des constatations cliniques et des examens standards. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

11. a) Quel est le diagnostic?

Diagnostic	Date (jj-mm-aaaa)
Date du mini examen de l'état mental (MMSE) le plus récent (jj-mm-aaaa)	Pointage

- b) Veuillez choisir l'option qui décrit le mieux le degré actuel du trouble cognitif de votre patient :

- Le patient souffre d'un trouble cognitif allant de léger à modéré.
 Le patient souffre d'un trouble cognitif grave.

- c) Est-ce que le permis de conduire de votre patient a été révoqué?

Oui Non Si «oui», indiquez la date :

Date (jj-mm-aaaa)

- d) Si vous avez d'autres renseignements décrivant l'état cognitif de votre patient, veuillez inclure vos commentaires.

- e) Votre patient a-t-il été admis dans un établissement de soins de longue durée depuis qu'il souffre d'un trouble cognitif?

Oui Non Si «oui», veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Nom de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)
Nom de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

3 Renseignements médicaux – Le médecin traitant doit remplir la section 3. (suite)**Traitement**

Remplir cette section peu importe si la demande de règlement a trait à un trouble cognitif ou à une dépendance quant à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

12. Fréquence des visites de votre patient :

Hebdomadaires Toutes les deux semaines Mensuelles Autre (précisez)

13. Énumérez les médicaments actuellement prescrits et leur posologie.

14. Examens subis (ex. : ECG, radiographies, tests de laboratoires, etc.)

Nom	Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Sommaire des résultats (joindre une copie de tous les rapports disponibles)
Nom	Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Sommaire des résultats (joindre une copie de tous les rapports disponibles)

15. Prévoit-on d'autres examens ou tests? Oui Non

Si «oui», indiquez le genre d'examen ou test et la date. _____

16. Votre patient a-t-il été admis dans un hôpital ou une maison de convalescence? Oui Non

Si «oui», veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Veuillez également fournir une copie de tout document sur le séjour (rapport d'admission, rapport de sortie/feuille sommaire).

Nom de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)
Nom de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

17. Votre patient a-t-il subi une intervention chirurgicale ou y en a-t-il une de prévue? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions.

Type d'intervention	Date (jj-mm-aaaa)
---------------------	-------------------

18. A-t-il été recommandé à votre patient de voir d'autres médecins ou spécialistes?

Oui Non Si «oui», donnez des précisions.

Nom du médecin	Spécialité
Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Constatations

Nom du médecin	Spécialité
Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Constatations

19. Votre patient a-t-il suivi une thérapie, est-il actuellement en thérapie ou y en a-t-il une de prévue? Oui Non

Si «oui», indiquez le type de thérapie (ex. physiothérapie, psychothérapie, etc.).

Fréquence : Quotidienne _____ fois par semaine Autre

3 Renseignements médicaux – Le médecin traitant doit remplir la section 3. (suite)

20. Votre patient reçoit-il d'autres services, tels que changements de pansements, cathétérisme, soins de stomie ou injections intraveineuses? Oui Non Si «oui», donnez des précisions.

21. Votre patient reçoit-il d'autres traitements ou des traitements sont-ils prévus? Oui Non Si «oui», donnez des précisions y compris les dates.

22. Décrivez brièvement la façon dont votre patient réagit au traitement et fournissez des précisions sur les complications, les retards relatifs au traitement ou autres problèmes qui pourraient retarder la guérison.

23. Qu'avez-vous inclus? (Indiquez tout ce qui s'applique.)

- tous les rapports de consultation
- les résultats d'examens (**Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**)
- les notes cliniques depuis la date du trouble cognitif ou la date du début de la dépendance quant à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne
- les rapports d'admission à l'hôpital et/ou les rapports de sortie/feuilles sommaires
- les rapports de physiothérapie ou tout autre rapport indiquant les mesures pour l'amplitude des mouvements

24. 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.

Signature du médecin X		
Date (jj-mm-aaaa)	Téléphone	Télécopieur

Veillez 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 le 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 Financière 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.