

Assurance maladies graves

Déclaration du médecin – Coma

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"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme | 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. 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 (responsableprotectionvieprivée@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.

| | |
|--|---|
| Quand avez-vous été consulté pour la première fois au sujet de ce problème de santé? (jj-mm-aaaa) – – | Depuis combien de temps les symptômes étaient-ils présents? |
| Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient? | Pendant combien de temps votre patient a-t-il été dans le coma? |
| Veuillez indiquer la cause sous-jacente du coma de votre patient. | |
| | |
| Veuillez indiquer tout état prédisposant ou facteur de risque présent chez votre patient qui pourrait être lié à son coma. Fournissez les dates, le cas échéant. | |
| | |

Quels tests ont été effectués pour déterminer la profondeur du coma?

| |
|--|
| |
| |

Veuillez fournir tous les scores de Glasgow, y compris la date et l'heure des lectures.

| Score de Glasgow | Date (jj-mm-aaaa) | Heure |
|------------------|-------------------|--|
| | – – | <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi |
| | – – | <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi |
| | – – | <input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi |

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 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, y compris une copie des résultats de tests, d'analyses ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de votre patient. Joignez les rapports d'admission à l'hôpital et les rapports de sortie d'hôpital.

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.