



Financière Sun Life
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Télécopieur : 1-866-255-5825
Adresse courriel : DISABLF@sunlife.com

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 de maladie d'Alzheimer donnée dans le contrat. Veuillez indiquer le maximum d'information sur le formulaire et nous fournir les documents ci-dessous :

- copie des notes cliniques concernant le diagnostic de démence/maladie d'Alzheimer de votre patient;
- copie des résultats de tous les tests cognitifs effectués au cours des 12 mois précédant le diagnostic;
- copie de tous les rapports de spécialistes confirmant le diagnostic;
- renseignements sur l'admission à un programme pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, s'il y a lieu.

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

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 – Maladie d'Alzheimer

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 provincial		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 et à utiliser les renseignements nécessaires aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement, et à les échanger avec toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents relativement à cette demande, notamment 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, 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 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

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

- Copie des notes cliniques concernant le diagnostic de démence/maladie d'Alzheimer pour votre patient.
- Copie des résultats de tous les tests cognitifs effectués au cours des 12 mois précédant le diagnostic.
- Tous les rapports de spécialistes confirmant le diagnostic.
- Renseignements sur l'admission à un programme pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, s'il y a lieu.

Nota :

- Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.
- Il incombe au patient de payer les frais engagés pour remplir le présent formulaire.

Est-ce qu'un diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé? Oui Non

Est-ce qu'un diagnostic de démence a été posé? Oui Non

2 Déclaration du médecin (suite)

Est-ce que votre patient présente les détériorations suivantes :

Si «oui», date du début de la détérioration (jj-mm-aaaa)

Aphasie (parole)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Apraxie (exécution des tâches courantes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Agnosie (reconnaissance des objets)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Perturbation des fonctions exécutives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Détérioration des facultés intellectuelles, troubles de la mémoire et difficulté à faire preuve de jugement entraînant une réduction importante du fonctionnement mental et social, et exigeant au moins 8 heures de surveillance par jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Des tests cognitifs ont-ils été effectués? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions ci-dessous.

Nom du test	Date (jj-mm-aaaa)	Résultat

Un ou des tests ont-ils été répétés? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions ci-dessous

Nom du test	Date (jj-mm-aaaa)	Résultat

Des tests ont-ils été effectués pour écarter la possibilité d'un trouble affectif ou schizophrénique ou le délire? Oui Non

Si «oui», indiquez le nom du ou des tests.

--

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 cette affection ou une affection connexe.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

2 Déclaration du médecin (suite)

Savez-vous si le père, la mère, les frères ou sœurs de votre patient ont **déjà** souffert de ce problème de santé ou d'un 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», donnez 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 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.