



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](mailto: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.

Veillez indiquer le maximum d'information sur le formulaire et nous fournir les documents ci-dessous :

- Copie des notes cliniques concernant le diagnostic de maladie de Parkinson pour votre patient, notamment :
  - une copie du rapport de consultation du neurologue qui confirme le diagnostic de maladie de Parkinson;
  - une copie des rapports et des notes cliniques qui exposent en détail la progression de la détérioration neurologique au cours des 12 mois précédant le diagnostic.

**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](mailto:DISABLF@sunlife.com).

**Important :** Ne pas retourner la présente page avec le formulaire dûment rempli.

# Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – Maladie de Parkinson

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 <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 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

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

- Copie des notes cliniques concernant le diagnostic de maladie de Parkinson pour votre patient, notamment :
  - Une copie du rapport de consultation du neurologue qui confirme le diagnostic de maladie de Parkinson.
  - Une copie des rapports et des notes cliniques qui exposent en détail la progression de la détérioration neurologique au cours des 12 mois précédant le diagnostic.

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

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de maladie de Parkinson primaire?  Oui  Non

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de syndrome parkinsonien?  Oui  Non

Si «oui», indiquez le nom du syndrome.

--

**2 Déclaration du médecin (suite)**

Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois en raison de symptômes qui ont mené au diagnostic de maladie de Parkinson (jj-mm-aaaa)	Depuis combien de temps les symptômes sont présents?
Prénom du médecin qui a posé le diagnostic	Nom

Votre patient a-t-il déjà eu un épisode de cette maladie ou de tout autre trouble connexe?  Oui  Non

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


Votre patient souffre-t-il :	Si «oui», date d'apparition des symptômes (jj-mm-aaaa)	Est-ce que son état de santé s'est détérioré?
de bradykinésie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
de rigidité musculaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
de tremblement de repos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

A-t-on prescrit un médicament dopaminergique ou d'autres médicaments?  Oui  Non

Si «oui», indiquez le nom et la posologie des médicaments ci-dessous.


Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre 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

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», veuillez fournir des précisions sur ses antécédents d'usage du tabac.

--

**2 Déclaration du médecin (suite)**

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.