

Bonjour,

Nous vous remercions d'avance de remplir le formulaire ci-joint 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 du contrat d'assurance maladies graves qu'il détient auprès de la Financière Sun Life.

L'assurance maladies graves couvre différentes affections comportant chacune des critères diagnostiques définis. C'est pourquoi vos réponses aux questions du formulaire nous aideront à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Il demande un règlement en vertu de la définition de perte d'autonomie donnée dans le contrat. Donc, en plus du formulaire ci-joint dûment rempli, nous vous prions de nous fournir les documents ci-dessous :

- copie des notes cliniques liées au diagnostic de l'affection sous-jacente,
- copie du programme de soins établi par l'organisme qui fournit les soins,
- copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, et
- copie des rapports d'admission à l'hôpital et de sortie de l'hôpital.

**Nota :**

- **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**
- Pour avoir droit au règlement relativement à la perte d'autonomie, votre patient doit avoir reçu le diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par lui-même au moins 2 activités de la vie quotidienne pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Nous serons heureux de vous régler des frais administratifs de 50 \$ pour la photocopie des pièces médicales concernant votre patient, à la 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. 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 – Perte d'autonomie (PDA)

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 provinciale		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 cette 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 – Le médecin traitant doit remplir cette section

Veuillez répondre aux questions suivantes et nous fournir les documents ci-dessous avec le formulaire :

- copie des notes cliniques liées au diagnostic de l'affection sous-jacente,
- copie du programme de soins établi par l'organisme qui fournit les soins,
- copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, et
- copie des rapports d'admission à l'hôpital et de sortie de l'hôpital.

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

**2 Déclaration du médecin (suite)**

**2.1** Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Quelle affection cause la perte d'autonomie?		Date du diagnostic (jj-mm-aaaa)
Date où cette personne est devenue votre patient (jj-mm-aaaa)	Date où le patient vous a consulté pour la première fois pour cette affection (jj-mm-aaaa)	Date où le patient a consulté un autre médecin pour la première fois au sujet cette affection (jj-mm-aaaa)
L'affection indiquée ci-dessus s'améliorera-t-elle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Une recommandation à un organisme de soins de santé communautaire a-t-elle été faite? <input type="checkbox"/> Oui – Date (jj-mm-aaaa) _____ <input type="checkbox"/> Non – Dans la négative, pourquoi? _____	
Nom de l'évaluateur (ou de l'organisme le cas échéant)	Numéro de référence	Numéro de téléphone

**2.2** Indiquez quels tests de diagnostic ont été effectués pour établir le diagnostic. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**


**2.3** Indiquez la capacité de votre patient à faire les activités de la vie quotidienne suivantes :

Se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels
Gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels
Consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparés?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels
Mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels
Aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels
Se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par lui-même avec l'aide d'accessoires fonctionnels

**2.4** Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins consultés par votre patient ou les hôpitaux dans lesquels il a été hospitalisé relativement à cette affection ou à une affection connexe.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

**2.5** 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)**

**2.6** Veuillez 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 du médecin et signature**

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  
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.