



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 cécité, surdité ou perte de l'usage de la parole donnée dans le contrat. Donc, en plus du formulaire dûment rempli, nous vous prions de nous fournir les documents ci-dessous :

- copie des résultats de tous les tests de diagnostic pertinents (acuité visuelle, champ visuel, audition),
- copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux, et
- si la perte a été subie à la suite d'un accident, copie de tous les rapports de toxicologie faisant état de tests effectués immédiatement après l'accident.

Nota :

- Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.
- Pour avoir droit au règlement relativement à la cécité, votre patient doit avoir subi la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :
 - une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
 - un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.
- Pour avoir droit au règlement relativement à la surdité, votre patient doit avoir subi la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.
- Pour avoir droit au règlement relativement à la perte de l'usage de la parole, votre patient doit avoir subi la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. N'envoyez pas ce formulaire à moins qu'il soit évident que cette condition a été respectée.

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.

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

Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – cécité, surdité ou perte de l’usage de la parole

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 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 résultats de tous les tests de diagnostic pertinents (acuité visuelle, champ visuel, audition), et
- copie des rapports de spécialistes ou d’hôpitaux.

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

2 Déclaration du médecin (suite)

2.1 Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles des affections s'appliquent à votre patient.

Cécité Surdité Perte de l'usage de la parole

Veillez décrire brievement le problème de santé ou l'accident ayant mené au diagnostic.

Date où la 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 de cette affection (jj-mm-aaaa)
--	--	---

Date de la perte de l'usage (jj-mm-aaaa)	La perte de l'usage est-elle irréversible? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

2.2 Remplissez toute section qui s'applique à votre patient.

Cécité

Quelle est la cause de la perte de la vue?	
Quel est le champ visuel ou l'acuité visuelle corrigée de chaque oeil? G _____ D _____	à quelle date le test a-t-il été effectué? (jj-mm-aaaa)

Surdité

Quelle est la cause de la perte de l'ouie?		
Quel est le seuil d'audition de chaque oreille? G _____ D _____	Quel est le seuil d'intensité vocale (registre) de chaque oreille? G _____ D _____	à quelle date le test a-t-il été effectué? (jj-mm-aaaa)

Perte de l'usage de la parole

Quelle est la cause de la perte de l'usage de la parole?	
Est-ce que la perte de l'usage de la parole a duré plus de 180 jours? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

2.3 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	Date (jj-mm-aaaa)	Raison de la visite

2.4 Est-ce que la consommation d'alcool ou l'usage de stupéfiants est un facteur contributif? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions.

--

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.