

Directives :

1. Veuillez écrire **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. **Le patient assume les frais exigés pour remplir le présent formulaire.**

**Assurance contre les maladies graves – Rapport confidentiel du médecin**  
**Perte d'autonomie**

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DE VOTRE PATIENT, IL EST **PRIMORDIAL** DE RÉPONDRE À **TOUTES** LES QUESTIONS **AU COMPLET**.

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom <i>(en caractères d'imprimerie)</i>	Numéro de police
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>	Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>
Adresse <i>(numéro, rue, ville, province, code postal)</i>	Numéro de téléphone <i>(y compris l'indicatif régional)</i>
	—

Par les présentes, j'autorise la divulgation à mon assureur de tout renseignement lié à la présente demande de règlement, **Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION**.

Signature du patient	Date <i>(jour, mois, année)</i>
----------------------	---------------------------------

**Partie 2 : Rapport du médecin**

1. Veuillez décrire brièvement les antécédents médicaux qui ont mené à la perte d'autonomie de votre patient.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de l'affection ou de la blessure sous-jacente ayant entraîné la perte d'autonomie?

Date *(jour, mois, année)* \_\_\_\_\_

3. À quelle date votre patient a-t-il ressenti les premiers symptômes de l'affection ou de la blessure ayant entraîné la perte d'autonomie?

Date *(jour, mois, année)* \_\_\_\_\_

4. Veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Quelles activités de la vie quotidienne votre patient a-t-il eu de la difficulté à effectuer pendant une période d'au moins 90 jours consécutifs? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent et précisez.

- Se laver   
  Se vêtir   
  Aller à la toilette   
  Contrôler sa fonction vésicale et intestinale   
  Pouvoir effectuer un transfert  
 S'alimenter   
  Autre Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

---

---

---

b) Quelles sont les causes sous-jacentes de cette affection ou blessure.

---

---

---

---

c) Veuillez fournir des précisions sur la détérioration de la fonction cognitive, le cas échéant.

---

---

---

---

5. Y a-t-il un espoir raisonnable que votre patient se rétablisse? \_\_\_\_\_
6. Existe-t-il des traitements qui pourraient permettre à l'assuré de mieux fonctionner? \_\_\_\_\_
7. Veuillez fournir le nom et l'adresse de tous les autres médecins que le patient a consultés ainsi que des hôpitaux où il est allé à l'égard de cette affection.

<b>Nom du médecin ou de l'hôpital</b>	<b>Adresse</b> <small>(numéro, rue, ville, province, code postal)</small>	<b>Du</b> <small>(jour, mois, année)</small>	<b>Au</b> <small>(jour, mois, année)</small>

8. Veuillez fournir les résultats de tout examen pertinent, s'ils sont disponibles, ou joindre l'évaluation relative à l'ergothérapie et des résultats du test cognitif.

---



---



---



---

9. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Veillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital.**

Nom du médecin traitant <small>(en caractères d'imprimerie)</small>	Spécialité	Numéro de téléphone <small>(y compris l'indicatif régional)</small>
---	------------	---

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Signature	Date <small>(jour, mois, année)</small>
-----------	---

Retournez à : **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**  
**Assurance contre les maladies graves, unité S3**  
 330 avenue University  
 Toronto ON M5G 1R8  
 Téléphone sans frais 1 866 907-2395  
 Télécopieur 416 552-6557

## AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS :

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels », et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie. La Canada Vie peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site [www.lacanadavie.com](http://www.lacanadavie.com).

## AVIS CONCERNANT LE MIB, INC.

### Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA Canada Vie OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ADRESSER UN BREF RAPPORT À CE SUJET AU MIB, INC., ORGANISME SANS BUT LUCRATIF COORDONNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS ENTRE LES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE QUI EN SONT MEMBRES. LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE À UNE AUTRE COMPAGNIE MEMBRE DU MIB OU QUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À UNE TELLE COMPAGNIE, LE MIB TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS VOTRE DOSSIER.

LA Canada Vie OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ÉGALEMENT TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS DE VOTRE DOSSIER À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE À QUI VOUS AVEZ SOUMIS UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU MIB, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE ACTUELLE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE MIB :

BUREAU 501  
330 AVENUE UNIVERSITY  
TORONTO ON M5G 1R7  
TÉLÉPHONE 416 597-0590