

- 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 Tumeur cérébrale bénigne

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

Partie 2 : Rapport du médecin

1. a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes de votre patient? Quels étaient ces symptômes?

Date (jour, mois, année) _____

- b) Veuillez décrire tout déficit neurologique objectif dont était atteint votre patient. S'il n'y avait aucun déficit, cochez ici.

- c) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection?

Date (jour, mois, année) _____

- d) Depuis combien de temps est-il votre patient? _____

2. Veuillez indiquer la date à laquelle le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne a été posé.

Date (jour, mois, année) _____

3. Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie qui indique les renseignements suivants :

- a) S'ils sont disponibles, veuillez fournir une copie des rapports suivants : tomodensitogramme, IRM, protocole opératoire et pathologie :

- le type de tumeur
- la localisation de la tumeur
- l'histologie

- b) Quelle est la date de la chirurgie, si applicable? Oui Date (jour, mois, année) _____ Non

- c) Quelle est la date du début de la radiothérapie? Oui Date (jour, mois, année) _____ Non

4. Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été admis à l'égard de cette tumeur :

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

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.

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Signature : _____

Date : _____ Numéro de téléphone : _____

Avis concernant le MIB, Inc.

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 actuelle.

Si vous souhaitez consulter les renseignements à votre dossier ou demander à ce qu'ils soient rectifiés, veuillez communiquer avec le MIB :

MIB, Inc. 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, Téléphone : 781 751-6000

Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

Vos renseignements personnels :

Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

Qui a accès à vos renseignements?

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans 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 de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires. Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis écrit indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

Si vous voulez en savoir plus :

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez www.canadavie.com.