

DEMANDE DE PROTECTION POUR UNE PERSONNE À CHARGE AYANT ATTEINT L'ÂGE LIMITE D'ADMISSIBILITÉ

Directives :

1. Le participant de régime doit remplir les sections 1, 2 et 3. Le médecin doit remplir la section 4.
2. Veuillez dûment remplir le formulaire afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande. Une fois l'évaluation terminée, nous vous transmettrons notre décision par écrit.
3. Le participant de régime doit conserver une copie du formulaire pour ses dossiers.
4. Les honoraires du médecin relatifs à la communication des renseignements médicaux ne sont pas couverts par votre régime.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement, Soins médicaux et Soins dentaires
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
Télécopieur : 204 938-2820
Courriel : medicalservices@canadavie.com
canadavie.com

Des questions?

Appelez au numéro sans frais : 1 800 957-9777 ou consultez le livret d'avantages sociaux de la Canada Vie

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.

Ligne ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

Section 1 – Renseignements sur le participant de régime				
Numéro de régime	Numéro d'identification du participant			
Nom	Prénom			
Adresse	Ville et province	Code postal		
Section 2 – Renseignements sur la personne à charge				
Nom	Prénom			
Lien avec le participant de régime	Date de naissance	État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Lieu de résidence de la personne à charge (si ce lieu est différent de celui du participant de régime)				
Adresse	Ville et province	Code postal		
Si la personne à charge ne réside pas à votre domicile 365 jours par année, veuillez expliquer pourquoi. _____				
Formation de la personne à charge				
Plus haut niveau de scolarité atteint : _____		La personne à charge fréquente-t-elle actuellement un établissement d'enseignement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, le fréquente-t-elle à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date prévue de la fin du programme (jj-mm-aaaa) : _____		
Nom du programme et de l'établissement : _____				
Dans la négative, donnez le nom du dernier programme suivi et de l'établissement d'enseignement fréquenté. Indiquez également le dernier jour de fréquentation et la raison expliquant l'arrêt de fréquentation. _____ _____				
Emploi de la personne à charge				
La personne à charge a-t-elle déjà exercé un emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez les dates des emplois les plus récents et le type d'emploi exercé.				
Période d'emploi Du (jj-mm-aaaa) au (jj-mm-aaaa)	Employeur	Appellation du poste	Salaire mensuel moyen	Nombre d'heures par semaine
Raison de la cessation d'emploi _____				

Autre protection avec la Canada Vie		
<p>La personne à charge a-t-elle déjà été couverte en tant que personne à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité au titre d'un autre régime de la Canada Vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer les numéros de régime et d'identification.</p> <p>Numéro de régime : _____ Numéro d'identification : _____</p>		
Déclaration du participant de régime		
<p>Dans vos propres mots, décrivez les activités accomplies par la personne à charge au cours d'une journée typique. Veuillez joindre à la présente une autre page si vous avez besoin de plus d'espace.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Documents supplémentaires		
<p>Nous vous encourageons à joindre à la présente toute pièce justificative émise par un établissement d'enseignement ou par un professionnel de la santé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des évaluations pédagogiques récentes • Des évaluations cognitives ou des rapports neuropsychologiques récents • Des notes cliniques ou des rapports de spécialiste rédigés au cours de la dernière année 		
Section 3 – Autorisation et déclaration		
<p>Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.</p> <p><i>À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.</i></p> <p><i>Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.</i></p> <p><i>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 rendez-vous à l'adresse canadavie.com</i></p> <p>Signature du participant de régime _____ Date (jj-mm-aaaa) _____</p>		
Section 4 – Déclaration du médecin traitant		
<p>Diagnostic primaire : _____ Date du diagnostic : _____</p> <p>Diagnostic secondaire : _____ Date du diagnostic : _____</p> <p>Diagnostic secondaire : _____ Date du diagnostic : _____</p>		
Capacités fonctionnelles		
<p>La capacité PHYSIQUE fonctionnelle du patient est-elle atteinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'atteinte est-elle permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p> <p>Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? _____</p> <p>Le fonctionnement COGNITIF du patient est-il atteint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'atteinte est-elle permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p> <p>Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? _____</p> <p>Décrivez la nature et la gravité du déficit cognitif. (Joindre l'évaluation cognitive ou le rapport neuropsychologique les plus récents.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Les capacités du patient énumérées ci-dessous sont-elles atteintes?		
Rester en position assise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Se déplacer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Soulever ou porter une charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Faire preuve de dextérité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Parler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Entendre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Voir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____

Indiquez si le patient a besoin d'aide pour effectuer les activités ci-dessous et, le cas échéant, le type d'aide requise :		
Soins personnels ou d'hygiène <i>(se laver, s'habiller, utiliser les toilettes)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Traitement <i>(prendre ses médicaments, aller à ses rendez-vous)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Finances personnelles <i>(faire des opérations bancaires, payer les factures, faire un budget)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Entretien du foyer <i>(faire la cuisine, le ménage, les courses)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Transport <i>(conduire, prendre l'autobus)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Routine, horaire <i>(planifier son horaire et le respecter)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Prise de décision <i>(faire preuve de jugement pour prendre de bonnes décisions)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Planification <i>(capacité de faire des plans pour l'avenir)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, décrivez l'aide nécessaire. _____
Veuillez décrire le type de travail que le patient peut accomplir. _____ _____		
Traitement (médicaments, thérapies et autres traitements)		
Date du dernier rendez-vous : _____ Date du prochain rendez-vous : _____		
Décrivez le plan de traitement actuel (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire). _____ _____		
Quels autres médecins ou prestataires de soins de santé participent au traitement du patient (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire)		
Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Pronostic : _____ _____		
Veuillez ajouter tout autre commentaire qui selon vous serait utile pour la compréhension de l'état du patient. _____ _____		
Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques.		
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____		
Téléphone : _____ Télécopieur : _____		
Adresse : _____		
Signature du médecin : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____		