

Règlement d'invalidité - Déclaration de continuation d'une invalidité par le médecin traitant



La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter la confidentialité des renseignements concernant la présente demande de règlement.

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Le patient (le demandeur) doit remplir cette partie.

N° de police/de contrat 025654 N° de participant N° de contrôle
 Nom du participant M. M^{me} JOSEE MARIN Date de naissance 27 06 1968
Prénom et nom de famille (nom de jeune fille pour les résidentes du Québec) Jour Mois An

J'autorise mon médecin à utiliser les renseignements qu'il possède à mon sujet et à les échanger avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services, aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du demandeur _____
Nota : Il incombe au patient d'obtenir cette formule et il doit en assumer les frais, s'il y a lieu. Jour Mois An

Nom du médecin remplissant le présent formulaire _____
Nom de famille Initiales
 Médecin de famille Spécialiste (préciser) _____
 Adresse du médecin _____
Numéro et rue Bureau ou app. Ville Province
 Numéro de téléphone (____) - (____) - (____) - (____) - (____) - (____) _____
Ind. rég. Code postal _____

À L'ATTENTION DU MÉDECIN

Veuillez remplir les parties qui ont trait à votre patient et rayer les parties non pertinentes. Afin d'aider votre patient, le demandeur, il est essentiel que vous remplissiez les **deux côtés** du formulaire. **Il incombe à votre patient de payer vos honoraires à cet égard.** Vous pouvez adresser directement la présente déclaration à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ou la remettre au patient, à votre discrétion.

DIAGNOSTIC

1 a) Principal _____ b) Secondaire _____
 2 Autres facteurs connexes ou complications _____

CONSTATATIONS ET EXAMENS

1 Date du dernier examen Jour Mois An
 2 a) Taille _____ b) Poids _____ c) Tension artérielle _____ d) Pouls _____
 3 État cardiaque Catégorie 1 (sans restriction) Catégorie 2 (légère restriction) Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

4 Examen subis depuis le dernier rapport (ECG, radiographies, tests de laboratoire, etc.)	Date	Sommaire des résultats (Si possible, joindre des copies des rapports)

5 Prévoit-on d'autres examens? Non Oui Si oui, indiquer le type d'examen et la date. _____

6 a) A-t-on dirigé le patient vers d'autres médecins ou spécialistes? Non Oui Si oui, fournir les renseignements suivants :

Nom du médecin ou du spécialiste	Spécialité	Date des visites

PRIÈRE D'INSCRIRE TOUTE OBSERVATION SUPPLÉMENTAIRE SUR UNE FEUILLE DISTINCTE. REMPLIR LE VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE.

PRONOSTIC

Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec votre patient? Oui Non

Si non, pourquoi pas? _____

Si oui, veuillez nous donner des précisions sur le plan de retour au travail, y compris les dates approximatives _____

AVIS AU MÉDECIN

Les renseignements que vous donnez à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, dans le cadre de ce dossier pourraient être divulgués au demandeur ou aux personnes à qui le demandeur autorise une telle divulgation, à moins que vous nous indiquiez par écrit qu'une telle divulgation peut avoir un effet néfaste sur la santé du demandeur ou peut nuire à un tiers.

Signature du médecin _____

Date

Jour	Mois	An					

Spécialité du médecin _____

Médecin traitant / Spécialiste

Adresse _____

N° de téléphone _____

N° de télécopieur _____

Faites parvenir le présent formulaire à votre patient ou envoyez-le directement au Bureau de gestion invalidité Groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Si vous faites parvenir le formulaire par télécopieur ou par la poste à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire.

Kitchener - Waterloo :

Télec. sans frais : 1 866 209-7215

CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

Halifax :

Télec. sans frais : 1 866 639-7850

1100 - 1809 rue Barrington
Halifax NS B3J 3K8

Edmonton :

Télec. sans frais : 1 866 639-7820

CP 2733 Succ Main
Edmonton AB T5J 5C9

Montréal :

Télec. sans frais : 1 866 639-7846

CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

Toronto :

Télec. sans frais : 1 866 639-7851

CP 950 Succ A
Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télec. sans frais : 1 866 639-7829

CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6