

TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT : Décès Invalidité Hospitalisation Maladie terminale**NUMÉRO DE POLICE : 10650**

Numéro d'identification du client de l'entreprise	Montant de la protection de base	Montant de la protection complète
	\$	\$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) M. M^{me}Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____
(jj-mm-aaaa)Adresse postale : _____
(Numéro et rue)

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro(s) de téléphone : _____ - _____ - _____

Nom et adresse du médecin généraliste de l'assuré : _____

Nom et adresse de tout autre médecin ou de tout hôpital ayant vu l'assuré en consultation : _____

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE VISÉE PAR L'ASSURANCE CRÉANCES COMMERCIALES :
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Nom et adresse de l'entreprise : _____

Numéro de téléphone de l'entreprise : _____ - _____

Numéro de télécopieur de l'entreprise : _____ - _____

Adresse postale : _____ Numéro de téléphone : _____ - _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS DE DÉCÈS : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) M. M^{me}

Nom du demandeur : _____ Lien avec la personne décédée : _____

Adresse postale : _____ Numéro de téléphone : _____ - _____

À NOTER : Si aucun médecin de famille n'a été indiqué ci-dessus pour l'assuré, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin que la personne décédée aurait consulté à votre connaissance. Dans certains cas, les dossiers médicaux provinciaux pourraient être demandés à la réception de la demande de règlement.**Veuillez remplir la section Autorisation d'obtenir des renseignements au verso du présent formulaire.****DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)** À remplir par l'employeur

Nom de l'employeur : _____ Date d'embauche : (jj-mm-aaaa) _____ Dernier jour de travail : (jj-mm-aaaa) _____

Raison de l'absence du travail : _____

Tâches du poste (veuillez fournir une description de poste officielle s'il en existe une) : _____

Date prévue de retour au travail du salarié : (jj-mm-aaaa) _____

Rempli par : (en caractères d'imprimerie) _____ Titre : _____

Signature : _____ Date : (jj-mm-aaaa) _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

SUITE AU VERSO DU FORMULAIRE

**DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ, D'HOSPITALISATION OU DE MALADIE TERMINALE –
Autorisation accordée à un tiers : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Si vous souhaitez désigner un représentant qui pourra correspondre avec la Canada-Vie ou lui soumettre une demande de règlement en votre nom, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Il est entendu que la Canada-Vie échangera des renseignements personnels à mon sujet avec mon représentant dans la même mesure qu'elle le ferait avec moi personnellement.

M. M^{me}

Nom du représentant : _____

Adresse : _____ Lien : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

Nom de l'assuré : _____ Signature de l'assuré : _____
(En caractères d'imprimerie)

Date : _____

AUTORISATION D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS – À SIGNER PAR L'ASSURÉ :

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'assurance, 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 consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada-Vie. La Canada-Vie peut faire appel à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à 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. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels afin d'administrer le régime collectif, notamment pour étudier et évaluer les demandes de règlement.

J'autorise la Canada-Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ainsi que les fournisseurs de services travaillant avec la Canada-Vie ou avec ceux précités, à échanger des renseignements personnels, dont les rapports de consultation, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire afin d'administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

Je comprends que la Canada-Vie requiert les renseignements personnels pour administrer le régime collectif, notamment pour étudier et évaluer ma demande de règlement. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada-Vie de traiter ma demande de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus.

Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé : _____ Date : _____

(jj-mm-aaaa)

À noter : Si vous signez en tant que représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous exercez ce rôle. (Au besoin, une preuve d'autorisation peut être requise.)

Exécuteur/Liquidateur/Administrateur testamentaire Mandataire Coemprunteur Autre _____

(Veuillez préciser)

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

(LES FRAIS FACTURÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.)

Partie I – À remplir par le patient

Partie II – À remplir par le médecin

PARTIE I – AUTORISATION DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom du patient : _____ Nom de famille du patient : _____

Date de naissance : (jj-mm-aaaa) _____ Adresse : _____

Signature du demandeur : _____

J'autorise par les présentes la divulgation à la Canada-Vie de tout renseignement concernant la présente demande de règlement. Je comprends également que les frais exigés, le cas échéant, pour remplir le présent formulaire seront à ma charge, à moins que la loi ne l'interdise.

PARTIE II – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient? Mois _____ Années _____

Date à laquelle le patient a été vu en consultation et mis en arrêt de travail en raison de l'invalidité : (jj-mm-aaaa) _____

Nom du médecin ou de l'hôpital ayant vu le patient en consultation ce jour-là s'il ne s'agit pas de vous : _____

1. CAUSE DE L'INVALIDITÉVeuillez indiquer l'affection principale à l'origine de l'invalidité ainsi que toutes les autres affections contribuant à l'invalidité, selon leur gravité.

Diagnostic	Date d'apparition des symptômes (jj-mm-aaaa)	Date de la première consultation (jj-mm-aaaa)
1. (Primaire)		
2.		
3.		
4.		

Le patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une affection similaire dans le passé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer quand et le traitement alors prescrit. _____

Si l'invalidité est attribuable à un accident, veuillez indiquer la date de l'accident : (jj-mm-aaaa) _____L'invalidité est-elle attribuable à un accident de véhicule motorisé? Oui NonDans l'affirmative, savez-vous si le patient conduisait le véhicule alors qu'il était sous l'influence de l'alcool? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie des résultats des tests confirmant le taux d'alcoolémie, s'ils sont disponibles.

Si l'invalidité est attribuable à des complications liées à la grossesse, veuillez indiquer la date de l'hospitalisation : (jj-mm-aaaa) _____**2. DEGRÉ D'INVALIDITÉ**

En cas d'hospitalisation :

Nom de l'HÔPITAL : _____ Date de l'admission : _____ Date du congé : _____

Incapacité physique (le cas échéant) : Veuillez décrire les limitations et restrictions physiques particulières du patient (se tenir debout, soulever des charges, marcher, se pencher, etc.).

_____**Troubles cardiaques (le cas échéant) :** Classe 1 (Aucune limitation) Classe 2 (Limitations légères) Classe 3 (Limitations marquées) Classe 4 (Limitation totale)

Pression artérielle (lors de la dernière consultation) : Systolique _____ Diastolique _____ Taille / Poids _____

Troubles mentaux ou nerveux (le cas échéant) :

Veuillez utiliser la terminologie du DSM-IV, y compris l'évaluation multiaxiale et l'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Axe 1 (Primaire) _____

Axe 2 _____

Axe 3 _____

Axe 4 _____

Axe 5 – Score EGF actuel _____ Score EGF le plus bas de l'année écoulée _____

Avez-vous connaissance d'autres facteurs qui contribuent à l'incapacité du patient d'accomplir les tâches de son travail?

 Problèmes liés au travail Problèmes familiaux Problèmes financiers Problèmes juridiques Autres problèmes : _____

3. TRAITEMENT

Veillez décrire le traitement :

Médicament(s)	Date(s) de prescription (jj-mm-aaaa)	Posologie	Affection traitée :

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Aux deux semaines Mensuellement Autre :

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser : _____

Si l'invalidité est liée à des troubles de santé mentale, avez-vous adressé le patient à un psychologue ou à un psychiatre? Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

4. PROGRÈS / PRONOSTIC

Évolution de l'état de santé du patient :

<input type="checkbox"/> Rétablissement	Veillez indiquer la date de rétablissement / retour au travail	Date : (jj-mm-aaaa)
<input type="checkbox"/> Amélioration	Veillez indiquer la date prévue de retour au travail	Date : (jj-mm-aaaa)
<input type="checkbox"/> Aucune amélioration	Quelle est la prochaine option de traitement envisagée? Le patient est-il en attente de consultation?	
<input type="checkbox"/> Pronostic inconnu	Pronostic estimé : <input type="checkbox"/> 1-3 mois, <input type="checkbox"/> 4-6 mois, <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois, <input type="checkbox"/> Jamais	

Selon vous, le patient serait-il en mesure de retourner au travail dans le cadre d'un programme de tâches modifiées? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Date de retour au travail : (jj-mm-aaaa)	Nombre d'heures par jour :	Nombre de jours par semaine :	Durée prévue :
Limitations, le cas échéant :			

Veillez joindre une copie des résultats d'examen ou des rapports de consultation ayant trait à la cause de l'invalidité qui pourraient nous être utiles dans l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Service des règlements, Assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Case postale 158, succursale M
Halifax NS B3J 3V2
Téléphone : 1 800 387-2671 Télécopieur : 1 902 423-8169