

Déclaration du médecin traitant

Demande de prestations d'invalidité

Objet de la Déclaration

La présente déclaration aidera la Sun Life du Canada (Sun Life), compagnie d'assurance-vie à prendre une décision au sujet de la demande de prestations d'invalidité de votre patient.

Les termes «demande de règlement» ou «demande de prestations» utilisés dans l'ensemble de la présente déclaration se rapportent à l'évaluation de l'absence du travail du participant au titre du régime Invalidité de courte durée (ICD) et, s'il y a lieu, à l'absence du travail du participant au titre du régime Invalidité de longue durée (ILD).

Adresse de retour

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Edmonton :	Toronto :	Halifax :	Montréal :	Kitchener - Waterloo :	Vancouver :
Télec. : 1-866-639-7820	Télec. : 1-866-639-7851	Télec. : 1-866-639-7850	Télec. : 1-866-639-7846	Télec. : 1-866-209-7215	Télec. : 1-866-639-7829
CP 2733 Succ Main	CP 950 Succ A	CP 11480 Succ CV	CP 11037 Succ CV	CP 100 Succ C	CP 48810 Succ Bentall
Edmonton AB T5J 5C9	Toronto ON M5W 1G5	Montréal QC H3C 5P5	Montréal QC H3C 4W8	Kitchener ON N2G 3W9	Vancouver BC V7X 1A6

1 Renseignements sur le participant et autorisation – À remplir par le patient

Nom de famille		Prénom		Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)						Appartement ou bureau	
Ville				Province		Code postal	
Nom du promoteur de régime				Numéro de contrat		Numéro de participant	
Taille	Poids	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)			

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels me concernant et à les communiquer à la Sun Life, à ses mandataires et à 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 reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du 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 participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

2 Déclaration du médecin traitant

Au médecin – Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la section 2 uniquement ET APOSER VOTRE SIGNATURE À LA SECTION ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT, À LA DERNIÈRE PAGE DU FORMULAIRE. Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les sections au complet.

Diagnostic

Principal :

Secondaire :

S'il s'agit d'un accouchement : date prévue ou réelle de l'accouchement (jj-mm-aaaa) Voie vaginale
 Césarienne

2 Déclaration du médecin traitant (suite)

Maladie ou blessure professionnelle	L'état du patient est-il attribuable à l'exercice de ses fonctions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dates se rapportant à l'absence du travail	Date de la première consultation au cours de la période d'absence actuelle (jj-mm-aaaa) _____ Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa) _____
Hospitalisation	Votre patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de l'admission (jj-mm-aaaa) _____ A-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du congé (jj-mm-aaaa) _____ Nom de l'établissement : _____ Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description. Date (jj-mm-aaaa) _____ Description _____ Type d'anesthésie _____
Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)	_____
Pronostic – Veuillez indiquer le pronostic du rétablissement	_____

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Antécédents – Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser la ou les dates (jj-mm-aaaa) _____
Consultations – Fréquence des visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre _____
Symptômes – Décrivez les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent. _____ _____
Examens complémentaires – Veuillez joindre une copie de tous les documents pertinents : • Résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué). • Comptes rendus de consultation Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire. Prévoit-on d'autres examens? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle les résultats sont attendus (jj-mm-aaaa) _____ Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, veuillez indiquer si votre patient a été vu par un spécialiste pour cette affection ou s'il le sera. Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation (jj-mm-aaaa) _____
Restrictions et limitations – À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient. _____ _____
Complications et autres affections – Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement. _____ _____
Fidélité au traitement – À votre connaissance, le patient suit-il le traitement recommandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines (suite)

Capacité – D'après vous, votre patient est-il en mesure de gérer ses propres affaires? Oui Non

Pronostic – Veuillez indiquer le pronostic du rétablissement (s'il n'est pas déjà indiqué à la page 1)

4 Attestation du médecin traitant

J'atteste que les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier sur les prestations d'invalidité groupe auprès de la Sun Life et qu'ils peuvent être divulgués au patient et/ou aux personnes à qui le patient autorise une telle divulgation, à moins que je ne vous indique par écrit qu'une telle divulgation pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient ou pourrait nuire à un tiers.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Timbre du médecin
Spécialiste				
Adresse (numéro et rue)				
Ville		Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X				
				Date (jj-mm-aaaa)

NOTA : Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.

