Confirmation de maladie du participant – COVID-19

Sun Life

Effacer

Veuillez remplir ce formulaire seulement si vous avez obtenu un résultat positif à la COVID-19.

La pandémie de COVID-19 entraîne un achalandage accru dans les cliniques et les hôpitaux. Par conséquent, si vous avez obtenu un résultat positif à la COVID-19, nous n'exigerons pas, dès le début, de Déclaration du médecin traitant pour étudier votre demande de règlement invalidité. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la situation actuelle.

En l'absence d'une Déclaration du médecin traitant, vous devez confirmer la nature de vos symptômes, les résultats des tests, et tout traitement que vous avez reçu. Veuillez remplir et signer ce formulaire et nous l'envoyer accompagné de votre Déclaration du participant.

1 Renseignements sur votre maladie

1. Veuillez confirmer :

Numéro de contrat	Numéro de participant	Nom de l'entreprise

Prénom	Nom

Date de l'apparition des symptômes : (jj-mm-aaaa)

Premier jour d'absence du travail : (jj-mm-aaaa)

Date prévue du retour au travail? (jj-mm-aaaa)

2. Vos symptômes sont-ils apparus après une exposition possible au virus dans votre lieu de travail? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, avez-vous présenté une demande de prestations à un programme d'indemnisation des accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non

   Si non, veuillez expliquer pourquoi.

3. Veuillez indiquer les symptômes associés à votre maladie :

   Quand votre fièvre a-t-elle cessé (jj-mm-aaaa)?

   - ☐ Fièvre
   - ☐ Toux
   - ☐ Fatigue
   - ☐ Douleurs musculaires
   - ☐ Mal de gorge
   - ☐ Essoufflement
   - ☐ Perte d'appétit
   - ☐ Écoulement nasal
   - ☐ Nausée
   - ☐ Vomissements
   - ☐ Mal de tête
   - ☐ Perte du goût ou de l'odorat
   - ☐ Autre (veuillez préciser)

1 Renseignements sur votre maladie (suite)

4. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement (diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire ou autre)?

5. a) Date de la consultation médicale liée à la COVID-19 (s'il y a lieu) : (jj-mm-aaaa)
   b) Qui avez-vous consulté (médecin/clinique/hôpital/autorité de la santé publique)?

6. a) Date du test de dépistage de la COVID-19 : (jj-mm-aaaa)
   Qui a effectué le test?
   b) Type de test : ☐ Test en laboratoire (PCR, test moléculaire) ☐ Test rapide antigénique (tests rapides à la maison)
   Si test de laboratoire, nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement où le test a été effectué
   c) Joignez une image ou une copie des résultats du test (y compris les résultats à des tests antigéniques rapides).

7. a) Vous a-t-on demander de vous isoler? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, remplissez les sections b) à e).
   b) Qui vous a demandé de vous isoler?
   c) Quand l'isolement a-t-il débuté ? (jj-mm-aaaa)
   d) Quand prévoyez-vous que l'isolement prendra fin? (jj-mm-aaaa)
   Si votre période d'isolement est plus longue que ce que prévoient les directives de votre province en matière de santé, veuillez expliquer pourquoi.
   e) Pouvez-vous travailler de la maison? ☐ Oui ☐ Non

8. Avez-vous un rendez-vous avec un médecin ? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, quand? (jj-mm-aaaa)

9. Autres précisions sur votre état de santé dont vous aimeriez nous faire part :

2 Votre autorisation

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Toute référence à la Sun Life ou au promoteur du régime comprend leurs propres mandataires et fournisseurs de services.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande d'ICD ou d'ILD.
- Les renseignements nécessaires pour la tarification, la gestion administrative et l'évaluation des demandes de règlement, avec les organisations concernées. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et le promoteur du régime.

J'autorise la Sun Life et le promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Des renseignements concernant les demandes de règlement pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation et mon retour au travail. **Sauf** les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.
- L'information financière de ma demande de règlement pour la gestion du régime.

La Sun Life et mon promoteur de régime fourniront les renseignements nécessaires concernant mes demandes de règlement pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation professionnelle et mon retour au travail.

Services de santé au travail

Si le promoteur du régime a une équipe de professionnels des services de santé au travail :

- La Sun Life et cette équipe peuvent recueillir, utiliser et échanger des renseignements pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation et mon retour au travail. Cela comprend les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.

Paiement en trop

Si la Sun Life me verse un montant en trop, je l'autorise à récupérer ce montant :

- En le prélevant sur une somme qu'elle me doit dans le cadre de mon ou de mes régimes de garanties collectives.
- En recueillant, en utilisant et en échangeant des renseignements me concernant avec d'autres organisations. Cela comprend les agences de recouvrement et le promoteur du régime.

Fraude et abus des garanties

Si la Sun Life suspecte un cas de fraude ou d'abus des garanties, la Sun Life peut enquêter sur ma demande de règlement.

Pour détecter, prévenir et enquêter, la Sun Life peut recueillir, utiliser et échanger des renseignements sur ma demande de règlement avec les organisations concernées. Cela comprend le promoteur du régime, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs.

Conditions de l'autorisation

- Mon autorisation est valide pour la durée du règlement.
- Si le régime ICD ou ILD est vérifié, ma demande de règlement peut être incluse dans la vérification.
  o Mon autorisation est valide pour la durée du régime.
- Une photocopie ou la version électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

Nom de famille du participant (en caractères d'imprimerie)	Prénom

Signature du participant	Date (jj-mm-aaaa)
X	

3 Déclaration du mandataire (s'il y a lieu)

Si vous détenez une procuration relative aux biens et que vous avez rempli et signé le présent formulaire au nom du participant, veuillez remplir la section suivante.

Nom de famille	Prénom	Lien avec le participant

Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau

Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone (domicile)	Autre numéro de téléphone	Courriel

Détenez-vous une procuration vous autorisant à agir au nom du participant?
☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous fourni les documents à l'appui? ☐ Non ☐ Oui Si non, veuillez les fournir avec ce formulaire.

Si vous ne détenez pas de procuration, veuillez expliquer pourquoi vous remplissez ce formulaire.

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Signature du mandataire	Date (jj-mm-aaaa)
X	

4 Comment soumettre vos formulaires remplis

Il existe plusieurs façons de nous acheminer les formulaires de demande de règlement remplis ou tout autre document que vous aimeriez nous présenter en appui à votre demande. Vous pouvez conserver les documents originaux pour vos dossiers, sauf si vous utilisez la poste.

Si vous avez accès à l'appli mobile de la Financière Sun Life dans le cadre de votre régime, vous pouvez acheminer les formulaires dûment remplis à l'aide de la fonction «Envoyer des documents».

Vous pouvez aussi envoyer les formulaires de demande de règlement invalidité directement à la Financière Sun Life par courriel. Dans ce cas, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse *reglementinvalidite@sunlife.com*. Veuillez noter qu'en dépit des moyens raisonnables que la Financière Sun Life prend pour protéger la confidentialité des courriels qu'elle envoie et qu'elle reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.

Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée. Si vous ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.

Halifax :
Téléc. : 1-866-639-7850
CP 11480 Succ CV
Montréal QC H3C 5P5

Montréal :
Téléc. : 1-866-639-7846
CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

Toronto :
Téléc. : 1-866-639-7851
CP 950 Succ A
Toronto ON M5W 1G5

Kitchener - Waterloo :
Téléc. : 1-866-209-7215
CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

Edmonton :
Téléc. : 1-866-639-7820
CP 2733 Succ Main
Edmonton AB T5J 5C9

Vancouver :
Téléc. : 1-866-639-7829
CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6

5 Protection de vos renseignements personnels

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le *www.sunlife.ca/confidentialite*.