

Directives :

1. Veuillez écrire **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. **Le patient assume les frais exigés pour remplir le présent formulaire.**

**Assurance contre les maladies graves – Rapport confidentiel du médecin
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer**

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DE VOTRE PATIENT,
IL EST **PRIMORDIAL** DE RÉPONDRE À **TOUTES** LES QUESTIONS **AU COMPLET**.

Numéro de police

Partie 1 : Autorisation du patient

Nom (en caractères d'imprimerie)	Date de naissance (jour, mois, année)
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) —

Par les présentes, j'autorise la divulgation à mon assureur de tout renseignement lié à la présente demande de règlement, **Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION**.

Signature du patient

Date (jour, mois, année)

Partie 2 : Rapport du médecin

1. a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes de votre patient? Quels étaient ces symptômes?

Date (jour, mois, année) _____

b) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection? Date (jour, mois, année) _____

c) Depuis combien de temps est-il votre patient? _____

2. Veuillez présenter l'évolution clinique, et décrire brièvement les signes et les symptômes de votre patient, en précisant les dates auxquelles ils sont apparus et leur durée.

3. À quelle date le patient a-t-il été informé pour la première fois du diagnostic d'atteinte possible de la maladie d'Alzheimer?

Date (jour, mois, année) _____

4. Quels tests le patient a-t-il subis pour s'assurer qu'il ne présente aucun autre trouble cérébral organique causant la démence ni aucun autre trouble psychiatrique?

5. Votre patient souffre-t-il (Veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

D'aphasie D'apraxie D'agnosie
 De perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, d'entreprendre, d'organiser, de surveiller et d'arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne

6. Veuillez fournir les renseignements suivants :

a) le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été admis à l'égard de cette affection :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Du (jour, mois, année)	Au (jour, mois, année)

b) le nom et l'adresse du spécialiste qui a confirmé le diagnostic :

Nom du spécialiste

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Numéro de téléphone (y compris le code régional)

—

7. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Veuillez fournir une copie de tout rapport de spécialiste et de tout rapport d'hôpital.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
--	------------	--

—

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Signature

Date (jour, mois, année)

Retournez à : **La Great-West, compagnie d'assurance-vie**
Assurance contre les maladies graves, unité S3
330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Téléphone sans frais 1 866 907-2395
Télécopieur 416 552-6557

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS :

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels », et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du patient _____ Date _____

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West 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 dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel de la Great-West 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. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

AVIS CONCERNANT LE MIB, INC.

Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ADRESSER UN BREF RAPPORT À CE SUJET AU MIB, INC., ORGANISME SANS BUT LUCRATIF COORDONNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS ENTRE LES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE QUI EN SONT MEMBRES. LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE À UNE AUTRE COMPAGNIE MEMBRE DU MIB OU QUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À UNE TELLE COMPAGNIE, LE MIB TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS VOTRE DOSSIER.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ÉGALEMENT TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS DE VOTRE DOSSIER À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE À QUI VOUS AVEZ SOUMIS UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU MIB, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE ACTUELLE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE MIB :

BUREAU 501
330 AVENUE UNIVERSITY
TORONTO ON M5G 1R7
TÉLÉPHONE 416 597-0590