

**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 maladies graves – Rapport confidentiel du médecin  
Accident vasculaire cérébral (AVC)**

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

**Partie 1 : Autorisation du patient**

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

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de 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) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection?  
Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- b) Depuis combien de temps est-il votre patient? \_\_\_\_\_
2. a) Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral a-t-il été posé?  Oui  Non
- b) À quelle date l'AVC s'est-il produit?  
Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- c) Veuillez décrire la **cause** de l'AVC.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels, et préciser la date à laquelle le patient a subi les examens pertinents.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) Combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Qui a posé le diagnostic? \_\_\_\_\_

**Veillez fournir une copie de tout tomogramme ou de toute image par résonance magnétique disponible.**

3. À quelle date le patient a-t-il été informé du diagnostic? Qui l'en a informé?  
Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
4. a) Veuillez fournir 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 cet accident vasculaire cérébral ou AVC :

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

---

b) Quelles autres investigations médicales ont été effectuées? Veuillez préciser.

---

---

---

---

---

---

---

---

5. À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou souffert d'une maladie vasculaire cérébral pour la première fois? Veuillez fournir des renseignements à cet égard.

Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

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

---

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	N° 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 maladies graves, unité S3**  
330 avenue University  
Toronto ON M5G 1R8  
Téléphone : 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 conformité de la Great-West ou consultez le site [www.lagreatwest.com](http://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 aussi 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