



Demande de règlement en cas de maladie grave

Assurance prêts aux entreprises - Contrat n° 57903



Réservé à l'usage de RBC

FORMULE É 300241 (08/2015)

Avant de présenter une demande de règlement en cas de maladie grave :

- Remplissez et signez la Déclaration du demandeur concernant votre maladie grave.
- Veuillez utiliser la Déclaration du médecin traitant applicable à la maladie pour laquelle vous réclamez des indemnités.
- Remplissez et signez l'autorisation du patient figurant dans la Déclaration du médecin traitant.
- Le médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant avec le plus de précisions possible.
- Le dossier complet de la demande de règlement en cas de maladie grave comprend deux parties :
 - la Déclaration du demandeur, dûment remplie et signée ;
 - la Déclaration du médecin traitant, se rapportant à la maladie pour laquelle vous demandez des indemnités, dûment remplie et signée.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne pourra donner suite à votre demande de règlement que lorsqu'elle aura reçu les déclarations du demandeur et du médecin dûment remplies. Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont remplis en entier et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer la demande de règlement.

- Comme nos médecins-conseils ne font pas l'examen clinique, l'évaluation de votre demande de règlement repose sur la qualité des renseignements médicaux fournis par votre médecin.

Pour assurer la rapidité du traitement de votre demande de règlement :

- Envoyez votre demande à l'adresse suivante : Centre des services d'assurance
P.O. Box 53, Postal Station A
Mississauga (Ontario)
L5A 2Y9
Unité : 04523
- Veuillez lire attentivement et suivre les directives suivantes.

En attendant l'approbation de votre demande :

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si de plus amples renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- Vous devez continuer à faire vos versements sur prêt au complet jusqu'à ce que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie vous avise par écrit de sa décision.
- Si vous avez des questions au sujet de votre demande de règlement, vous pouvez communiquer avec le Centre des services d'assurance au 1 800 769-2523.

Remarques importantes :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin ou spécialiste autorisé.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des formulaires de demande de règlement.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.



Demande de règlement en cas de maladie grave

Assurance prêts aux entreprises - Contrat n° 57903



Réservé à l'usage de RBC

FORMULE É 300241 (08/2015)

Déclaration du demandeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic.

Instructions

- Vous devez répondre à toutes les questions de la « Déclaration du demandeur ».
- Veuillez à dater et à signer l'autorisation du demandeur.
- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.

1 Renseignements sur le demandeur

Prénom		Nom de famille			
Adresse (numéro et rue)					
Ville			Province		Code postal
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile
Numéro FCR du demandeur	Nom de l'entreprise		Numéro FCR de l'entreprise	Numéro du prêt à l'entreprise	

2 Renseignements sur la maladie grave

Veuillez décrire la nature de votre maladie grave.			
Quand cette maladie a-t-elle été diagnostiquée chez vous ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? (jj-mm-aaaa)		Quand les premiers symptômes sont-ils apparus ? (jj-mm-aaaa)	
Veuillez décrire les symptômes.			
Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette maladie ? (jj-mm-aaaa)			
Prénom du médecin		Nom de famille	
Adresse du médecin (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Avez-vous subi des tests ou des examens reliés au diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.			

2 Renseignements sur la maladie grave(suite)

Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou connexe ou reçu un traitement à ce sujet ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

--

3 Consultations médicales

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin personnel.

Prénom	Nom de famille	Spécialisation	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	

Depuis combien de temps ce médecin vous fournit-il des soins ?

--

Veuillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés pour cette maladie.

Prénom	Nom de famille	Spécialisation	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Date de consultation (jj-mm-aaaa) :

Prénom	Nom de famille	Spécialisation	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Date de consultation (jj-mm-aaaa) :

Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement analogue, veuillez donner les précisions suivantes.

Nom de l'hôpital	Ville
Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin vous ayant traité au cours des trois dernières années.

Prénom	Nom de famille	Spécialisation		
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

3 Consultations médicales (suite)

Prénom		Nom de famille		Spécialisation	
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

Quels traitements recevez-vous actuellement ou quels autres traitements avez-vous reçus pour cette affection (par exemple, médicaments, thérapie, etc.) ?

Type de traitement	
Établissement médical/médecin traitant	Date (jj-mm-aaaa)
Type de traitement	
Établissement médical/médecin traitant	Date (jj-mm-aaaa)

4 Renseignements généraux

Est-ce que des membres de votre famille biologique immédiate (mère, père, frères ou sœurs) ont eu l'une ou l'autre des maladies suivantes avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans : maladie cardiaque, maladie rénale, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, polypose familiale du côlon ou toute maladie héréditaire ? Oui Non Dans l'*affirmative*, veuillez donner les précisions suivantes :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

À l'heure actuelle, recevez-vous des prestations d'invalidité de courte ou de longue durée de la Sun Life ou avez-vous présenté une demande à cet effet ? Oui Non Dans l'*affirmative*, veuillez donner les précisions suivantes :

Numéro de contrat	Numéro de certificat
Prénom du gestionnaire des demandes	Nom de famille du gestionnaire des demandes

5 Autorisation du demandeur

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut enquêter sur la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service i) à recueillir, à utiliser des renseignements à mon sujet (à l'exclusion des renseignements médicaux) et à les communiquer à RBC aux fins de la gestion administrative de ma demande de règlement et ii) à recueillir, à utiliser les renseignements à mon sujet (y compris des renseignements médicaux) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou à l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent contrat collectif et à les communiquer à toute personne ou à tout organisme qui possède des renseignements pertinents se rapportant à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la durée de la gestion de la demande de règlement.

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

6 Protection des renseignements personnels

Nous sommes responsables de tous les renseignements personnels que nous possédons, y compris ceux qui ont été communiqués à un mandataire ou à un tiers fournisseur de services pour nous permettre de vous fournir un produit ou un service. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Tous ces intervenants, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à nos principes directeurs et pratiques en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivée@sunlife.com) ou par la poste à l'adresse Financière Sun Life, 225 King St. West, Toronto (Ontario) M5V 3C5.



Assurance prêts aux entreprises (APE)
Demande de règlement au titre de
l'assurance maladies graves -
Contrat n° 57903



Réservé à l'usage de RBC

FORMULE É 300241 (08/2015)

Déclaration du médecin traitant - Cancer

1 Renseignements sur le patient (Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la 3e partie.)

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

Prénom du patient	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		

2 Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, ses fournisseurs de service et ses réassureurs aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. 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 d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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

3 Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes de cette affection ? (jj-mm-aaaa)	
Quels étaient les symptômes ?	
Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection ? (jj-mm-aaaa)	Depuis quand cette personne est-elle votre patient ?
À quelle date le diagnostic de cancer a-t-il été posé ? (jj-mm-aaaa)	
Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic ? (jj-mm-aaaa)	Qui l'a informé du diagnostic ?
Veuillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour ce cancer.	
Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie en donnant les précisions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Type de tumeur Site de la tumeur Histologie et détermination du stade 	

3 Renseignements médicaux (suite)

Le patient a-t-il déjà souffert de cancer ou d'un trouble prédisposant ? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions et indiquer les dates.

Y a-t-il des cas de cancer dans la famille du patient ?
 Oui Non

Veuillez donner des précisions.

Veuillez donner des précisions sur les autres antécédents médicaux pertinents des membres de la famille du patient.

Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veuillez fournir une copie de tous les résultats d'examen, rapports de pathologies, rapports opératoires et rapports de consultation en ce qui a trait à cette affection.

4 Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

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



Assurance prêts aux entreprises (APE)
Demande de règlement au titre de
l'assurance maladies graves -
Contrat n° 57903



Réservé à l'usage de RBC
FORMULE É 300241 (08/2015)

Déclaration du médecin traitant - Crise
cardiaque (infarctus du myocarde)

1 Renseignements sur le patient (Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la troisième partie.)

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

Prénom du patient	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		

2 Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, ses fournisseurs de service et ses réassureurs aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. 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 d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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

3 Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection ? (jj-mm-aaaa)	Depuis quand cette personne est-elle votre patient ?
Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand le diagnostic a-t-il été posé ? (jj-mm-aaaa)
Qui a posé le diagnostic ?	
Veuillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour cet infarctus du myocarde.	
Veuillez fournir une description des douleurs thoraciques se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré et la date à laquelle elles ont commencé à se manifester.	
Veuillez fournir les modifications de l'ECG au moment de l'infarctus.*	
Veuillez indiquer les taux des enzymes cardiaques et/ou de troponine, notamment la fraction de la CK-MB et le pourcentage de la CK totale se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré au moment du diagnostic.	
Quels autres examens ont été effectués ? Veuillez indiquer les dates et fournir des précisions ou rapports.	

*Fournissez des copies des tracés pertinents se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré, si elles sont disponibles.

3 Renseignements médicaux (suite)

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de maladies cardiovasculaires ? (jj-mm-aaaa)

Veillez donner des précisions et indiquer les dates.

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires que présentait le patient, le cas échéant.

Y a-t-il des cas de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient ? Oui Non
Veillez donner des précisions.

Veillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir des copies des résultats d'examens et des rapports de consultation se rapportant à cette affection, y compris une copie des renseignements suivants :

A) ECG faisant état de l'infarctus du myocarde

B) Taux des enzymes cardiaques, incluant CK-MB BANS, troponine I ou troponine T faisant état de l'infarctus du myocarde

C) Tous les résultats d'ECG et le dosage des enzymes cardiaques, les rapports de consultation et les rapports de congé

D) Tous les résultats d'examens pertinents tels qu'une coronarographie, une échocardiographie, etc.

4 Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

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



Assurance prêts aux entreprises (APE)
Demande de règlement au titre de
l'assurance maladies graves -
Contrat n° 57903



Réservé à l'usage de RBC

FORMULE É 300241 (08/2015)

Déclaration du médecin traitant -
Accident vasculaire cérébral (AVC)

1 Renseignements sur le patient(Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la troisième partie.)

IMPORTANT : Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire

Prénom du patient	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

2 Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, ses fournisseurs de service et ses réassureurs aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. 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 d'indemnisation, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée de la demande de règlement. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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

3 Renseignements médicaux

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection ? (jj-mm-aaaa)	Depuis quand l'assuré est-il votre patient ?
Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) a-t-il été posé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand l'AVC s'est-il produit ? (jj-mm-aaaa)
Veuillez indiquer la cause de l'AVC.	
Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels mesurables.	
Pendant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté ?	Qui a posé le diagnostic ?
Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic ? (jj-mm-aaaa)	Qui l'a informé du diagnostic ?

3 Renseignements médicaux (suite)

Veillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour cet accident vasculaire cérébral.

Quels autres examens ont été effectués ? Veillez indiquer les dates et fournir des précisions ou rapports.

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de maladies cardiovasculaires ? (jj-mm-aaaa)

Quels étaient-ils ?

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires que présentait le patient, le cas échéant.

Y a-t-il des cas de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient ?

Oui Non

Veillez donner des précisions.

Veillez fournir tout autre renseignement qui pourrait aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir des copies des résultats d'examens et de rapports de consultation y compris une copie de la tomodensitométrie ou de l'IRM, si elle est disponible.

4 Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

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