

# DEMANDE DE PROTECTION POUR UNE PERSONNE À CHARGE AYANT ATTEINT L'ÂGE LIMITE D'ADMISSIBILITÉ

**Directives :** Prière d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

1. Le participant de régime doit remplir les sections 1, 2 et 3. Le médecin doit remplir la section 4.
2. Le formulaire doit être rempli au complet pour éviter tout retard dans le traitement de la demande. Une fois que nous aurons reçu tous les renseignements requis et évalué la demande, nous informerons le participant de régime par écrit de notre décision.
3. Le participant de régime doit conserver une copie du formulaire pour ses dossiers.
4. Le régime ne couvre pas les frais exigés pour fournir les renseignements médicaux requis; ces frais sont à la charge du participant de régime.

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :**

Gestion des demandes de règlement, Soins médicaux et Soins dentaires  
La Canada-Vie, compagnie d'assurance-vie  
CP 6000  
Winnipeg MB R3C 3A5  
Télécopieur : 204 938-2820  
Courriel : [medicalservices@canadavie.com](mailto:medicalservices@canadavie.com)  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

**Des questions?**

Appelez au numéro sans frais : 1 800 957-9777 ou  
consultez le livret d'avantages sociaux de la Canada-Vie

**Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications?**

**Veillez communiquer avec nous.**

Ligne ATS vers téléphoniste : 711  
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

*Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.*

Section 1 – Renseignements sur le participant de régime				
Numéro de régime	Numéro d'identification du participant			
Nom	Prénom			
Adresse	Ville et province	Code postal		
Section 2 – Renseignements sur la personne à charge				
Nom	Prénom			
Lien avec le participant de régime	Date de naissance	État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Lieu de résidence de la personne à charge				
Domicile du participant de régime <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Hôpital <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Autre : _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	
Formation de la personne à charge				
Plus haut niveau de scolarité atteint : _____		La personne à charge fréquente-t-elle actuellement un établissement d'enseignement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, le fréquente-t-elle à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date prévue de la fin du programme (jj-mm-aa) : _____		
Nom du programme et de l'établissement : _____				
Dans la négative, date du dernier jour de fréquentation : _____				
À noter : Veillez joindre la plus récente évaluation pédagogique ou toute autre évaluation effectuée en milieu scolaire.				
Emploi de la personne à charge				
La personne à charge a-t-elle déjà exercé un emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Dans l'affirmative, indiquez les dates des emplois les plus récents et le type d'emploi exercé.				
Période d'emploi Du (jj-mm-aa) au (jj-mm-aa)	Employeur	Appellation du poste	Salaire mensuel moyen	Nombre d'heures par semaine

### Section 3 – Autorisation et déclaration

**J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.**

**La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada-Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.**

À la Canada-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada-vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada-vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada-vie ou rendez-vous à l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

Signature du participant de régime \_\_\_\_\_ Date (jj-mm-aa) \_\_\_\_\_

### Section 4 – Déclaration du médecin traitant

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic de la ou des maladies : \_\_\_\_\_

#### Capacités fonctionnelles

La capacité PHYSIQUE fonctionnelle du patient est-elle atteinte?  Oui  Non L'atteinte est-elle permanente?  Oui  Non  s. o.

Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? \_\_\_\_\_

Le fonctionnement COGNITIF du patient est-il atteint?  Oui  Non L'atteinte est-elle permanente?  Oui  Non  s. o.

Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? \_\_\_\_\_

Décrivez la nature et la gravité du déficit cognitif. **(Joindre l'évaluation cognitive ou le rapport neuropsychologique les plus récents.)**

#### Les capacités du patient énumérées ci-dessous sont-elles atteintes?

Rester en position assise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Se déplacer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Soulever ou porter une charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Faire preuve de dextérité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Parler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Entendre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Voir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____

#### Indiquez si le patient a besoin d'aide pour effectuer les activités ci-dessous et, le cas échéant, le type d'aide requise :

Soins personnels ou d'hygiène (se laver, s'habiller, utiliser les toilettes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Transport (conduire, prendre l'autobus)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement (prendre ses médicaments, aller à ses rendez-vous)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Routine, horaire (planifier son horaire et le respecter)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Finances personnelles (faire des opérations bancaires, payer les factures, faire un budget)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise de décision (faire preuve de jugement pour prendre de bonnes décisions)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Entretien du foyer (faire la cuisine, le ménage, les courses)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Planification (capacité de faire des plans pour l'avenir)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Type d'aide requise (*aide technique, soins, matériel adapté*) :

---

Aide offerte par (*agences ou personnes offrant de l'aide*) :

---

**Traitement (*médicaments, thérapies et autres traitements; joindre une copie des tests, évaluations et consultations les plus récents*)**

Date du dernier rendez-vous : \_\_\_\_\_ Date du prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_

Décrivez le plan de traitement actuel (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire).

---

---

---

Quels autres médecins ou prestataires de soins de santé participent au traitement du patient (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire)

Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Pronostic :**

---

Veuillez ajouter tout autre commentaire qui selon vous serait utile pour la compréhension de l'état du patient.

---

---

---

**Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques.**

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date (jj-mm-aa) : \_\_\_\_\_