

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations invalidité
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

Télécopieur : 1-866-889-9926

Courriel : disability_claims_admin@cooperators.ca

DIRECTIVES

Note importante : Veuillez remplir la déclaration du médecin traitant appropriée, d'après le diagnostic primaire de votre patient. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. La présentation du mauvais formulaire pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de votre patient.

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Taille _____ Poids _____
JJ/MMM/AAAA

Nom de l'employeur ou du promoteur _____ Téléphone _____

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de courriel

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à l'adresse disability_claims_admin@cooperators.ca.

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, l'organisme de règlement et mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer un formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour remplir le formulaire. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

Joindre les résultats de tests ainsi qu'une copie des notes rédigées dans votre cabinet et des rapports de consultation.

DIAGNOSTIC

Primaire _____

Secondaire _____

Symptômes (précisez la gravité, la fréquence et la durée)

Date de l'apparition des premiers symptômes ou de l'accident _____
JJ/MMM/AAAA

Examens (ECG, radiographies, tests de laboratoires, etc.)	Date des examens	Résumé des résultats (Joindre une copie de tous les rapports disponibles)

D'autres examens sont-ils prévus? Oui Non Si oui, indiquez la nature et la date des examens _____

Tension artérielle _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

L'ininvalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez _____

Dans le cas d'une grossesse, date prévue de l'accouchement _____

JJ/MMM/AAAA

Date de la première consultation pour l'affection actuelle _____

JJ/MMM/AAAA

Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient? Chaque semaine Aux deux semaines Chaque mois

Date de la dernière consultation _____ Date de la prochaine consultation _____

JJ/MMM/AAAA

JJ/MMM/AAAA

Le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire? Oui Non Ne sais pas

Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

L'affection est-elle considérée comme chronique? Oui Non Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle _____

JJ/MMM/AAAA

FOURNISSEUR

Nom du médicament	Posologie	Date de début	Raison du changement de médication, s'il y a lieu

Physiothérapie : Oui Non Si oui, précisez la fréquence : quotidienne 3 fois par semaine hebdomadaire autre _____

Indiquez les dates d'hospitalisation : Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____

JJ/MMM/AAAA

JJ/MMM/AAAA

Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____

JJ/MMM/AAAA

JJ/MMM/AAAA

Chirurgie : Oui Non Si oui, précisez le type d'intervention _____ Date: Effectuée Prévues _____

JJ/MMM/AAAA

Fournisseurs de soins	Spécialité	Date des examens

Avez-vous l'intention de diriger le patient vers un autre spécialiste? Oui Non Précisez _____

Y a-t-il d'autres traitements ou projets de traitement à venir? (Indiquez les dates) _____

Durée prévue du programme de traitement _____

Réponse du patient au traitement _____

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Si non, précisez _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession? Oui Non

Quelles restrictions et limitations s'appliquent actuellement à votre patient?

Physiques _____

Psychiatriques/cognitives _____

Ces limitations ou restrictions médicales empêchent-elles votre patient d'exercer toute autre forme d'activités, y compris les activités de la vie quotidienne?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Le patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Oui Non

Le patient s'est-il vu retirer son permis de conduire en raison de son affection, ou son permis a-t-il été restreint? Oui Non

Existe-t-il d'autres facteurs sociaux ou autres qui pourraient avoir une influence sur la convalescence de votre patient et son retour au travail?

PRONOSTIC

Pronostic quant au progrès et au rétablissement (avec mention des dates) _____

Quels sont les objectifs de retour au travail qui ont été discutés avec votre patient? _____

Si votre patient n'est pas en mesure de reprendre ses fonctions habituelles, veuillez préciser à quel moment et à quelles conditions il pourra retourner au travail

(p. ex. fonctions modifiées, retour progressif au travail) _____

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité de l'assuré. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourrait y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

Médecin traitant _____

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

Adresse _____
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature du médecin _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA

Étampe du médecin

Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique révisée de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca/vie-privee. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.