LA Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

La Great-West
Nous sommes votre solution en avantages sociaux

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
Pontage aortocoronarien

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

N° de police

Nom *(en caractères d'imprimerie)*

Date de naissance *(jour, mois, année)*

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

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 a-t-il présenté des symptômes ou été atteint d'une maladie cardiovasculaire pour la première fois? 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 ces symptômes? Date *(jour, mois, année)*

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

2. Veuillez fournir les résultats de l'angiographie préopératoire ou joindre une copie du rapport.

3. Veuillez joindre une copie de tout rapport opératoire disponible, ou fournir les renseignements demandés sur le pontage aortocoronarien :

   a) date de l'intervention chirurgicale : Date *(jour, mois, année)*

   b) artères sur lesquelles le pontage a été effectué :

   c) nom et adresse de l'hôpital et nom du chirurgien :

Nom de l'hôpital et du chirurgien	**Adresse** *(numéro, rue, ville, province, code postal)*	**Date d'admission** *(jour, mois, année)*	**Date du congé** *(jour, mois, année)*

   d) nom et adresse du cardiologue qui a recommandé le pontage aortocoronarien :

Nom du cardiologue	**Adresse** *(numéro, rue, ville, province, code postal)*	**N° de téléphone** *(y compris l'indicatif régional)*

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

4. 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 cette affection ou de toute affection connexe :

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

5. 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	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, Unité de l'assurance contre les maladies graves**
330, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1R8
N° sans frais : 1 866-907-2395 • N° de télécopieur : 416 552-6557

EFFACER

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS :

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, tout administrateur de programmes de l'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires afin de déterminer mon assurabilité et d'administrer le régime collectif;
- la Great-West à faire effectuer les tests, examens, profils sanguins et analyses d'urine nécessaires afin de déterminer mon assurabilité à l'égard de la présente demande.

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- j'ai lu l'Avis important décrivant les procédures du Bureau de renseignements médicaux, et j'en accepte le contenu;
- j'ai conservé une copie de la présente demande;
- une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Les déclarations et réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité et à procurer des prestations aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses entre la date de signature du formulaire et la date à laquelle la Great-West prend sa décision doit être déclaré à la Great-West. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques. Je comprends que si une réponse se révélait incomplète ou fausse, toute protection accordée pourrait être annulée. Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection dans sa totalité ou en partie si, de l'avis de la Great-West, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Signature du salarié : _____ Date de la signature : _____

Signature du conjoint : _____ Date de la signature : _____

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à 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. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre assurabilité et pour administrer le régime collectif.

AVIS AU SUJET DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT SOUMETTRE UN COMPTE RENDU AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, UNE ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF CRÉÉE PAR DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE POUR ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS PARMI SES MEMBRES. SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AUPRÈS D'UNE COMPAGNIE MEMBRE DE CE BUREAU, CELUI-CI TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS QU'IL POSSÈDE AU DOSSIER.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE AUPRÈS DE LAQUELLE VOUS SOUMETTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE ACTUELLE D'ASSURANCE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, SOIT EN ÉCRIVANT AU MEDICAL INFORMATION BUREAU, 330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7, SOIT EN COMPOSANT LE 416 597-0590.