canada vie MC

Financière ScotiaVie MD

Banque Scotia
Trousse pour présenter une demande de règlement au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia

Important :

Avant de présenter votre demande pour examen, veuillez vous reporter au certificat d'assurance pour la protection hypothécaire ou la protection Ligne de crédit Scotia, qui explique brièvement les dispositions et les restrictions de la police.

Veuillez vous assurer que TOUS les documents sont dûment remplis pour le type de prestations que vous demandez au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia. Tout document manquant pourrait retarder l'évaluation de votre demande de règlement.

Pour les demandes de règlement d'assurance vie : Veuillez noter qu'une Déclaration du médecin traitant dûment remplie est exigée en plus d'une copie du certificat de décès. Ces documents sont requis pour établir la cause du décès. Une copie du rapport du coroner peut également être fournie.
Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de maladie terminale : Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de maladie terminale : Veuillez noter qu'une maladie en phase terminale est une maladie qui, selon l'avis écrit d'un médecin, mènera vraisemblablement à un décès dans l'année suivant le diagnostic.

Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de perte d'emploi : Veuillez vous assurer de fournir le Relevé d'emploi qui a été soumis à Développement des ressources humaines Canada ainsi qu'une preuve de réception de prestations d'assurance-emploi. Si votre demande de règlement est acceptée, vous devrez continuer de fournir des preuves de réception de prestations d'assurance-emploi durant le processus d'indemnisation.

Pour les demandes de règlement d'assurance maladies graves : Veuillez vous assurer que votre médecin a joint à la Déclaration du médecin traitant les rapports médicaux et les résultats d'examen requis pour appuyer le diagnostic et qu'il a indiqué la date du diagnostic. Les documents requis sont indiqués dans la Déclaration du médecin traitant.

Pour les demandes de règlement d'assurance invalidité : Veuillez noter que si votre demande de règlement est soumise après le délai de présentation des demandes de règlement de 150 jours, vous pourriez devoir fournir, à vos frais, les rapports médicaux additionnels requis pour étayer la période d'invalidité. Dans un tel cas, nous vous suggérons de soumettre la Déclaration du médecin traitant ainsi que des copies de vos dossiers médicaux dont les dates s'étalent sur toute la période pour laquelle vous demandez des prestations. Si vous êtes assuré auprès d'un autre fournisseur d'assurance invalidité, fournir une copie de votre dossier de demande de règlement peut suffire à justifier la période visée par la demande de règlement. Si elles sont approuvées, les prestations d'assurance invalidité sont payables à la Banque Scotia après une période d'attente de 60 jours. Elles commencent à être versées à la date à laquelle le premier paiement au titre du prêt est exigible après la fin de votre période d'attente. Le montant du règlement sera établi au prorata si des prestations d'assurance invalidité sont payables à l'égard d'une partie d'un paiement habituel. Aucune prestation n'est payable à l'égard de la période d'attente. Les prestations sont versées selon une fréquence qui est fondée sur la date d'exigibilité habituelle du paiement au titre de votre prêt hypothécaire ou du paiement mensuel au titre de votre ligne de crédit. Les prestations sont payables pendant un maximum de 24 mois pour toute période d'invalidité. Elles sont aussi limitées à un maximum de 48 mois pendant toute la durée de la protection.

- En ce qui a trait aux demandes de règlement d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie terminale, si la demande est approuvée, la prestation est payable en une somme forfaitaire à la Banque Scotia une fois l'évaluation de la demande terminée.
- À la réception des formulaires de demande de règlement initiaux et après l'examen initial, la Canada Vie vous informera par écrit de l'état de votre demande de règlement et de tout autre renseignement requis, le cas échéant, pour terminer l'évaluation de la demande.
- Vous devez poursuivre les paiements requis aux termes de votre prêt auprès de la Banque Scotia jusqu'à ce qu'une décision soit rendue à l'égard de la demande de règlement.
- La trousse de demande de règlement dûment remplie, les documents médicaux requis et la déclaration relative au prêt financier qui vous a été fournie par la banque peuvent être transmis à :

Service de l'assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
330, avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur : 416 552-6557 ou 1 844 870-0176
Courriel : SCOTIACLMS@canadalife.com
Si vous avez des questions sur la façon de remplir les formulaires, veuillez communiquer avec nous au 1 800 387-2671.

328-DI CAN(f)-1/22

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.
MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

canada vie MC

Protection hypothécaire ou protection Ligne de crédit Scotia Demande de règlement

Financière ScotiaVie MD

TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

☐ Assurance-vie ☐ Maladie grave ☐ Maladie terminale ☐ Invalidité ☐ Perte d'emploi

Police d'assurance prêt hypothécaire	Numéro du prêt hypothécaire	Solde du prêt hypothécaire (non requis pour les demandes de règlement d'assurance invalidité)		Police d'assurance marge de crédit	Numéro de la marge de crédit	Solde de la marge de crédit
		$				$
		$				$
		$				$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____
(jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____
(Numéro et rue)

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone résidentiel : _____ Numéro de téléphone cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Nom et adresse du médecin généraliste de l'assuré :

_____

Nom et adresse de tout autre médecin ou de tout hôpital ayant vu l'assuré en consultation :

_____

_____

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom du demandeur : _____ Lien avec la personne décédée : _____

Date du décès de la personne décédée : _____
(jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse courriel : _____
(En caractères d'imprimerie)

REMARQUE : Si aucun médecin de famille n'a été indiqué ci-dessus pour l'assuré, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin ou de toute clinique sans rendez-vous que la personne décédée aurait consultés à votre connaissance. Dans certains cas, les dossiers médicaux provinciaux pourraient être demandés à la réception de la demande de règlement.

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Veuillez remplir la section Autorisation d'obtenir des renseignements au verso du présent formulaire.

328-DI CAN(f)-1/22

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Dernier jour travaillé : (jj-mm-aaaa) _____ Date du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date présumée du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date à laquelle la maladie ou la blessure est devenue invalidante : (jj-mm-aaaa) _____

Date à laquelle le patient a été mis en arrêt de travail par un médecin : (jj-mm-aaaa) _____

Cause de l'invalidité : ☐ Maladie ☐ Accident

Endroit où l'accident s'est produit : ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Ailleurs (veuillez préciser) : _____

Comment l'accident s'est-il produit?

Avez-vous déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire l'affection : _____

Si l'invalidité est attribuable à un accident de véhicule motorisé, veuillez fournir les renseignements suivants :

Étiez-vous : ☐ Conducteur ☐ Passager

Si vous étiez conducteur, étiez-vous sous l'effet de l'alcool / d'autres substances? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que des accusations ont été portées? ☐ Oui ☐ Non

Touchez-vous actuellement des prestations en raison de votre invalidité de l'un des organismes suivants ou deviendrez-vous admissible à de telles prestations :

☐ Commission des accidents du travail ☐ RPC/RRQ

☐ Autre régime public (CAEC, etc.) ☐ Tout régime collectif

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ, MALADIES GRAVES, EN CAS DE MALADIE TERMINALE OU EN CAS DE PERTE D'EMPLOI – Autorisation accordée à un tiers : (En caractères d'imprimerie)

Si vous souhaitez désigner un représentant qui pourra correspondre avec la Canada Vie ou lui soumettre une demande de règlement en votre nom, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Il est entendu que la Canada Vie échangera des renseignements personnels à mon sujet avec mon représentant dans la même mesure qu'elle le ferait avec moi personnellement.

Nom du représentant : _____

Adresse : _____ Lien : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de l'assuré : _____ Signature de l'assuré : _____
(En caractères d'imprimerie)

Date : _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI : (En caractères d'imprimerie)

Veuillez fournir la liste de tous les employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des six (6) mois précédant votre mise à pied, ainsi que les périodes d'emploi et le nombre d'heures travaillées chaque semaine : (joignez une feuille si vous avez besoin de plus d'espace)

Nom de l'employeur _____

Date de début : (jj-mm-aaaa): _____ Date de fin : (jj-mm-aaaa): _____

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine: _____

Nom de l'employeur _____

Date de début : (jj-mm-aaaa): _____ Date de fin : (jj-mm-aaaa): _____

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine: _____

Veuillez également joindre à votre Demande de règlement et à la Déclaration de l'employeur une copie du relevé d'emploi soumis à Développement des ressources humaines Canada et une copie de tout relevé de prestations d'assurance-emploi que vous avez reçu jusqu'à présent.

AUTORISATION D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS – À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) :

À **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie,** nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels. Ce dossier est conservé dans les bureaux de la Canada Vie 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 consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie. La Canada Vie peut faire appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux employés de la Canada Vie 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. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur votre demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

J'autorise la Canada Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout prestataire de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur des programmes d'État ou de tout autre programme de garanties, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, ainsi que tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec toute personne physique ou morale précitée à échanger des renseignements personnels, dont les rapports de consultation, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

Je comprends que la Canada Vie requiert les renseignements personnels pour administrer le régime collectif, notamment aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus d'accorder mon consentement peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé : _____ Date : _____
(En caractères d'imprimerie) (jj-mm-aaaa)

À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) : _____

À noter : Si vous signez en tant que représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous exercez ce rôle (au besoin, une preuve d'autorisation peut être requise).

☐ Exécuteur/Liquidateur/Administrateur successoral ☐ Mandataire ☐ Coemprunteur ☐ Autre _____
(Veuillez préciser)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Demandes de règlement, Assurance créances
330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur : 416 552-6557 ou 1 844 870-0176 Courriel : SCOTIACLMS@canadalife.com

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

canada vie MC

Déclaration de l'employeur Demande de règlement en cas d'invalidité ou de perte d'emploi

Financière ScotiaVie MD

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR – Doit être remplie par votre employeur actuel

Adresse postale de l'employeur (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Date du début de l'emploi (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)

Raison de l'arrêt de travail

En cas de mise à pied, date à laquelle l'employé a été avisé (jj-mm-aaaa)

Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa) ☐ Temps plein ☐ Temps partiel	**OU**	Date du retour au travail (jj-mm-aaaa) ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

L'employé a-t-il touché une indemnité de cessation d'emploi? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, date à laquelle cette indemnité prend fin (jj-mm-aaaa)	Profession occupée au dernier jour de travail

S'il s'agit d'un travail saisonnier, fournissez les dates d'emploi (jj-mm-aaaa) : _____

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Précisez le nombre d'heures travaillées par semaine :	Du :	Au :

S'il s'agit d'une demande de règlement en cas d'invalidité, expliquez brièvement les tâches liées à l'emploi ainsi que les exigences physiques (p. ex. le temps passé debout, se pencher, soulever des objets, etc.) Veuillez fournir une copie de la description de poste.

Une demande de règlement a-t-elle été soumise à la commission des accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, fournissez l'adresse du bureau.

Exigences physiques de l'emploi au moment de l'invalidité

Veuillez **sélectionner** ou **encercler** les chiffres appropriés ci-dessous pour chaque tâche devant être effectuée dans le cadre de l'emploi

0 - jamais effectuée
1 - parfois effectuée
2 - effectuée à l'occasion, moins d'une heure par jour
3 - effectuée de façon fréquente ou répétitive, pendant une à trois heures par jour
4 - exigence maximale, plus de trois heures par jour

Rester assis	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Saisir des objets	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Rester debout	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Taper à l'ordinateur	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Marcher	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Grimper	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Se pencher	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Soulever une charge	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
S'agenouiller	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Tirer	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Porter une charge	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	Pousser	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Tendre les bras pour prendre une charge :		Soulever, porter, pousser ou tirer une charge de :	
Au-dessous des épaules	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	0 à 10 lb	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
Au-dessus des épaules	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	10 à 25 lb	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
		25 à 50 lb	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4
		Plus de 50 lb	☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Nom de la compagnie d'assurance (autre que la commission des accidents du travail) fournissant une protection d'assurance invalidité collective à vos employés. Veuillez indiquer le numéro de la police et le nom du responsable.

Compagnie d'assurance	Responsable	Numéro de téléphone

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de notre organisation.

Nom du représentant autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre	Numéro de téléphone

Signature du représentant autorisé	Date (jj-mm-aaaa)

Retourner à l'employé

328-DI CAN FR-12/21

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

canada vie MC

Financière ScotiaVie MD

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN
(LES FRAIS FACTURÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR)

Partie I – Cette partie doit être remplie par le patient. Partie II – Cette partie doit être remplie par le médecin.

PARTIE I – AUTORISATION DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom du patient : _____ Nom de famille du patient : _____

Date de naissance : (jj-mm-aaaa) _____ Adresse : _____

Signature du demandeur : _____

J'autorise par les présentes la divulgation à la Canada Vie de tout renseignement concernant la présente demande de règlement. Je comprends également que les frais exigés, le cas échéant, pour remplir le présent formulaire seront à ma charge, à moins que la loi ne l'interdise.

PARTIE II – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient? Mois _____ Années _____

Date à laquelle le patient a été vu en consultation et mis en arrêt de travail en raison de l'invalidité : (jj-mm-aaaa) _____

Nom du médecin ou de l'hôpital ayant vu le patient en consultation ce jour-là s'il ne s'agit pas de vous : _____

1. CAUSE DE L'INVALIDITÉ

Veuillez indiquer l'affection **principale** à l'origine de l'invalidité ainsi que toutes les autres affections contribuant à l'invalidité, selon leur gravité.

Diagnostic	Date d'apparition des symptômes (jj-mm-aaaa)	Date de la première consultation (jj-mm-aaaa)
1. (Principal)		
2.		
3.		
4.		

Le patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une affection similaire dans le passé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment ainsi que le traitement ayant été prescrit.

_____

Si l'invalidité est **attribuable à un accident**, veuillez indiquer la date de l'accident : (jj-mm-aaaa) _____

L'invalidité est-elle attribuable à un accident de véhicule motorisé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, savez-vous si le patient conduisait le véhicule alors qu'il était sous l'influence de l'alcool? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie des résultats des tests confirmant le taux d'alcoolémie, s'ils sont disponibles.

Si l'invalidité est attribuable à des complications liées à la grossesse, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement : (jj/mm/aaaa) _____

2. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

En cas d'hospitalisation : _____

Nom de l'HÔPITAL : _____ Date de l'admission : _____ Date du congé : _____

Incapacité physique (le cas échéant) : Veuillez décrire les restrictions physiques particulières du patient, comme se tenir debout, soulever des charges, marcher, se pencher, etc.

_____

_____

Troubles cardiaques (le cas échéant) :

☐ Classe 1 (aucune limitation) ☐ Classe 2 (limitations légères) ☐ Classe 3 (limitations marquées) ☐ Classe 4 (limitation totale)

Pression artérielle (lors de la dernière consultation) Systolique _____ Diastolique _____ Taille/poids _____

Troubles mentaux ou nerveux (le cas échéant) :

Veuillez utiliser la terminologie du DSM-IV, y compris l'évaluation multiaxiale et l'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Axe 1 (Principal) _____

Axe 2 _____

Axe 3 _____

Axe 4 _____

Axe 5 - Score EGF actuel _____ Score EGF le plus bas de l'année écoulée _____

Avez-vous connaissance d'autres facteurs qui contribuent à l'incapacité du patient à accomplir les tâches de son travail?

☐ Problèmes liés au travail ☐ Problèmes familiaux ☐ Problèmes financiers ☐ Problèmes juridiques ☐ Autres problèmes : _____

328-DI CAN(f)-1/22

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

3. TRAITEMENT

Veuillez décrire le traitement :			
Médicament(s)	**Date(s) de prescription (jj-mm-aaaa)**	**Posologie**	**Affection traitée :**

Fréquence des consultations : ☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines ☐ Mensuelle ☐ Autre : _____

À votre connaissance, est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, veuillez fournir des explications : _____

Si l'invalidité est liée à des troubles de santé mentale, avez-vous adressé le patient à un psychologue ou à un psychiatre? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

4. PROGRÈS/PRONOSTIC

Évolution de l'état de santé du patient :

☐	Rétablissement	Veuillez indiquer la date de rétablissement / retour au travail	Date : (jj-mm-aaaa)
☐	Amélioration	Veuillez indiquer la date prévue de retour au travail	Date : (jj-mm-aaaa)
☐	Aucune amélioration	Quelle est la prochaine option de traitement envisagée? Le patient est-il en attente de consultation?	
☐	Pronostic inconnu	Pronostic estimé : ☐ 1 à 3 mois ☐ 4 à 6 mois ☐ Plus de 6 mois ☐ Jamais	

Selon vous, le patient serait-il en mesure de retourner au travail dans le cadre d'un programme de tâches modifiées? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Date de retour au travail : (jj-mm-aaaa)	Nombre d'heures par jour :	Nombre de jours par semaine :	Durée prévue :
Limitations, le cas échéant :			

Veuillez joindre une copie des résultats d'examen ou des rapports de consultation ayant trait à la cause de l'invalidité qui pourraient nous être utiles dans l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) :

_____

Signature du médecin : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Demandes de règlement, Assurance créances
330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur : 416 552-6557 ou 1 844 870-0176 Courriel : SCOTIACLMS@canadalife.com

Effacer