

Déclaration du participant au régime – Assurance collective Formulaire de demande de prestation invalidité – Assurance collective

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Assurance collective, Manuvie

Règlements Invalidité

C.P. 400, succ. Place-d'Armes, Montréal (Québec) H2Y 3H1

Tél. : 1 866 236-6313 ou 514 288-6268

Télééc. : 1 866 292-9050 ou 514 286-6738

Courriel : groupe_invalidite@manuvie.com

Veillez répondre à toutes les questions.

Des déclarations supplémentaires peuvent être présentées en cas de manque d'espace. Pour tout renseignement sur votre régime, référez-vous à votre brochure.

1 Demande de prestation

Veillez préciser le type de garantie pour laquelle le participant au régime soumet une demande de prestation.

Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération de primes Maladies graves Mutilation

2 Renseignements sur le participant

Vous trouverez votre numéro de contrat, votre numéro de division et votre numéro de certificat du participant sur votre carte d'avantages sociaux.

Nom du promoteur de régime _____

Numéro de contrat _____ Division _____ Numéro de certificat _____

Nom (prénom(s) et nom de famille) _____

Numéro d'assurance sociale (si les prestations sont imposables) _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____

Taille _____ Poids _____ Nombre et âge des personnes à charge _____ Langue de communication : Français Anglais

Adresse (numéro, rue et appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone principal _____ Téléphone cellulaire _____

Téléphone au travail _____ Poste _____

En fournissant mon adresse électronique personnelle, j'autorise Manuvie à communiquer avec moi par courriel au sujet de mon dossier. Je reconnais que les messages transmis par courriel peuvent contenir des renseignements personnels à mon sujet, notamment, mais sans s'y limiter, des renseignements médicaux, professionnels et financiers. Manuvie ne peut garantir l'intégrité et la sécurité des renseignements transmis par courriel. Je reconnais aussi que Manuvie ne peut être tenue responsable des pertes ou des dommages que je pourrais subir si je communique/échange des informations confidentielles ou toute autre information personnelle par courriel avec Manuvie.

Courriel _____

3 Autorisation de virement automatique

Si le promoteur de votre régime autorise le dépôt direct, veuillez remplir cette section pour recevoir les prestations par dépôt direct dans le cas où votre demande est approuvée.

- Si vous établissez le virement automatique des prestations sur un compte d'épargne, veuillez fournir les renseignements demandés, signer l'autorisation et joindre un formulaire de dépôt direct ou une copie du relevé de vérification bancaire émis par votre institution financière.
- Si vous établissez le virement automatique sur un compte-chèques, veuillez signer l'autorisation et joindre un chèque portant la mention « nul ».

Nom de l'institution financière _____

Adresse de l'institution financière (numéro, rue et bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Type de compte : Chèques Épargne

Numéro de la domiciliation ou de succursale (5 chiffres) _____ Numéro de l'institution (3 chiffres) _____

Numéro de compte bancaire (maximum de 12 chiffres) _____

Suite à la page suivante.

3 Autorisation de virement automatique (suite)

Par la présente, j'autorise, jusqu'à nouvel ordre, Manuvie à verser dans mon compte bancaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat ci-dessus. Il est entendu que Manuvie ne sera liée par aucune autre obligation en ce qui touche les prestations versées conformément à la présente et qu'elle peut à tout moment mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel. **Je soussigné, en mon nom, au nom de mes héritiers, liquidateurs de succession, administrateurs et ayants droit, consens par la présente** à ce que toute somme versée à la banque par Manuvie après mon décès lui soit remboursée afin qu'elle puisse, le cas échéant, la remettre à la ou aux personnes y ayant droit selon les conditions du contrat. **J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS), s'il y a lieu, aux fins de traitement de ma demande de virement automatique pour les contrats d'assurance vie et assurance maladie collectives. La demande et l'autorisation ci-dessus valent pour tout autre compte ouvert dans cette institution financière ou dans toute autre institution financière que je pourrais subséquemment désigner.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) _____

Veillez apposer un chèque annulé ici, le cas échéant.

4 Renseignements sur la blessure

Emploi _____ Date d'embauche initiale (jj/mmmm/aaaa) _____

Votre blessure ou maladie est-elle liée au travail? Oui Non

Si non, veuillez préciser la raison de votre arrêt de travail : Maladie Blessure subie hors du travail Accident d'automobile
(veuillez fournir une copie du rapport de police)

Si vous avez subi une blessure, veuillez préciser comment, où et quand la blessure s'est produite.

Une procédure judiciaire est-elle en cours? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les coordonnées de l'avocat.

Nom de l'avocat _____ Téléphone de l'avocat _____ Poste _____

Adresse de l'avocat (numéro, rue, bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

5 Renseignements sur le travail

Quelle est la date de votre dernière journée de travail? (jj/mmmm/aaaa) _____

S'agissait-il d'une journée complète ou d'un quart complet? Oui Non Si non, combien d'heures de travail avez-vous effectuées lors de votre dernière journée de travail? _____

Avez-vous exercé tout emploi rémunéré ou non depuis la date de votre dernière journée de travail? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

Dates (jj/mmmm/aaaa)

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

6 Renseignements sur la maladie

Quand avez-vous été traité par un médecin pour la première fois dans le cadre de votre absence actuelle? (jj/mmmm/aaaa) _____

Veillez décrire vos symptômes et indiquer leur fréquence.

Quelles tâches vos symptômes vous empêchent-ils d'accomplir dans le cadre de votre emploi?

Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou blessure ou d'une maladie ou d'une blessure semblable? Oui Non

Cette maladie ou cette blessure a-t-elle entraîné une absence du travail? Oui Non Si oui, veuillez préciser en incluant les traitements reçus et les dates.

Avez-vous une date prévue de retour au travail? Oui Non Si oui, veuillez indiquer cette date (jj/mmmm/aaaa) _____

7 Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez indiquer le nom de tous les professionnels de la santé que vous avez consultés pour cette maladie ou blessure et le nom de tous les professionnels de la santé que vous prévoyez voir prochainement au sujet de cette maladie ou blessure. Veuillez inclure le nom de tout médecin de famille, infirmier praticien, spécialiste, physiothérapeute, psychologue, etc. Si l'espace compris ci-dessous est insuffisant, veuillez indiquer les renseignements sur les professionnels de la santé supplémentaires sur une feuille distincte.

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

8 Renseignements sur les autres sources de revenus Si vous recevez des prestations ou avez présenté une demande d'indemnité auprès d'une des sources suivantes, veuillez remplir la présente section et soumettre une copie de votre avis d'acceptation, le cas échéant.

| Source | Avez-vous présenté une demande d'indemnité? | | Recevez-vous des versements? | | Date du début de l'indemnisation (jj/mmm/aaaa) | Somme (\$) | Veuillez préciser ou fournir le numéro de demande, le nom de la personne-ressource et son numéro de téléphone |
|---|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------|--|------------|---|
| | Oui | Non | Oui | Non | | | |
| Régime de pensions du Canada/ Régime de rentes du Québec | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Invalidité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> Retraite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Indemnisation des accidents de travail* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Assurance-emploi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Assurance automobile | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Autre assurance | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Revenu tiré d'autres sources | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

* Comprend toutes les indemnités versées en cas de maladie ou blessure liée au travail, notamment par la Commission des accidents du travail (CAT), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

9 Quand communiquer avec Manuvie **COMMUNIQUEZ RAPIDEMENT AVEC MANUVIE DANS LES SITUATIONS SUIVANTES**
Il est entendu que je dois aviser Manuvie immédiatement si :

- a) mon état de santé s'améliore, même si je ne suis pas encore retourné au travail;
- b) je commence à travailler, soit en tant que salarié ou en tant que travailleur autonome;
- c) je présente une demande de prestation en vertu de tout régime ou loi d'indemnisation des accidents du travail, comme il est défini à la section 8;
- d) je présente une demande de prestation en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- e) je reçois des prestations ou un revenu provenant de toute autre source;
- f) je suis hospitalisé ou j'ai obtenu mon congé de l'hôpital;
- g) je reçois tout autre revenu ou prestation en raison de mon invalidité;
- h) je quitte le pays ou je pars en voyage;
- i) j'effectue, ou j'envisage d'effectuer, un retour aux études.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

10 Entente, autorisation et attestation

Veuillez signer la présente autorisation et la faire parvenir à Manuvie en utilisant l'un des moyens suivants :

- Par télécopieur :** 1 866 292-9050 ou 514 286-6738
- Par courriel :** groupe_invalidite@manuvie.com
- Par courriel postal :** **Assurance collective, Manuvie**
Règlements Invalidité, C.P. 400, succ. Place-d'Armes, Montréal (Québec) H2Y 3H1

Je confirme :

- que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire, comme ceux que je fournirai oralement ou par écrit ultérieurement, sont à ma connaissance véridiques et complets.
- que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de prestations peut être refusée et ma couverture prendre fin.
- que j'accepte de rembourser toutes sommes que je pourrais devoir à Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations.
- qu'une photocopie ou la version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

J'autorise :

- Manuvie et ses prestataires de services, les réassureurs de Manuvie et ses prestataires de services, toute personne physique ou morale détenant des renseignements à mon sujet, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou de programmes d'avantages sociaux à recueillir, utiliser, conserver et divulguer mes renseignements personnels aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, de la gestion et de l'évaluation de mon dossier, y compris d'évaluations par des médecins indépendants.
- l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration fiscale et si mon NAS correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation aux fins d'identification et d'administration.
- Manuvie à communiquer des renseignements à mon employeur/promoteur de régime ou à un tiers administrateur de mon promoteur de régime aux fins de la gestion et de l'analyse du régime.

Je comprends :

- que mes renseignements médicaux ne seront pas divulgués à mon employeur/promoteur de régime ou à un tiers administrateur de mon promoteur de régime sans mon consentement explicite.
- que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site au <https://www.manuvie.ca/corporatif/principes-et-protection-des-renseignements-personnels.html> ou en m'adressant au promoteur de régime.
- que tout renseignement personnel reçu ou recueilli par Manuvie conformément à la présente autorisation sera conservé dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. L'accès à mes renseignements personnels et leur divulgation sera limité aux personnes suivantes : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi.
- que j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.
- que je peux révoquer cette autorisation en tout temps en faisant parvenir des directives écrites à Manuvie et je comprends que cela pourrait affecter la gestion de ma demande et tout paiement de prestation.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____


Nom du participant (en caractères d'imprimerie) _____

Remarque : Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité de Manuvie auquel pourraient avoir accès l'employé, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par les lois applicables.

Déclaration du médecin traitant

- Demande de prestations d'invalidité de courte durée
- Demande de prestations d'invalidité de longue durée
- Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :
 - Assurance vie de base ou facultative
 - Décès et mutilation accidentels
 - Rente de survie

Veillez faire parvenir la Déclaration du médecin traitant appropriée à votre médecin afin qu'il la remplisse et nous la retourne à l'adresse indiquée ci-après.

| | | |
|--|--|--|
|  | Dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité de courte durée (ICD) : | Veillez demander à votre médecin de remplir la <i>Déclaration du médecin traitant</i> – Demande de prestations d'invalidité de courte durée (pages 6 et 7) ci-jointe. |
| | Dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD) et/ou d'une demande d'exonération des primes des garanties et/ou d'une demande de mutilation: | Veillez demander à votre médecin de remplir la <i>Déclaration du médecin traitant</i> – Demande de prestations d'invalidité de longue durée (pages 8 à 12) ci-jointe. |
| | Dans le cas d'une demande de maladie grave : | Veillez vous référer à votre site internet sécurisé du participant pour imprimer la <i>Déclaration médicale du médecin traitant</i> correspondant à la condition médicale. |

Veillez envoyer la déclaration du médecin traitant à l'adresse suivante :

**Assurance collective Manuvie
Règlements Invalidité**

C.P. 400, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1

Tél. : 1 866 236-6313 ou 514 288-6268

Télé. : 1 866 292-9050 ou 514 286-6738

Courriel : groupe_invalidite@manuvie.com

Remarque : Les frais exigés pour remplir le présent formulaire et rédiger les documents qui l'accompagnent sont à votre charge.

Déclaration du médecin traitant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

La présente déclaration aidera Manuvie à évaluer la demande de prestations d'invalidité de votre patient. Veuillez fournir tous les détails nécessaires concernant les antécédents, les résultats des examens physiques et diagnostiques, la méthode clinique, le traitement et la réponse au traitement. **VEUILLEZ AVOIR L'OBLIGEANCE, DANS L'INTÉRÊT DE VOTRE PATIENT, DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE AFIN D'ÉVITER TOUT RETARD DANS LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS. VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**

Assurance collective Manuvie
Règlements Invalidité
C.P. Box 400, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1

Téléphone : 1 866 236-6313 • (514) 288-6268
Télécopieur : 1 866 292-9050 • (514) 286-6738
Courriel : groupe_invalidite@manuvie.com

1 Renseignements sur le participant/salarié et consentement (à remplir par le patient)

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Nom du participant/salarié (nom de famille et prénom) | | Téléphone (domicile) | | Cellulaire | |
| Adresse (numéro, rue, app.) | | Ville | | Province | |
| Code postal | | Nom du promoteur de régime | | Numéro du contrat | |
| Numéro de certificat du participant | | Taille | | Poids | |
| Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) | | Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa) | | Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj/mmmm/aaaa) | |

J'autorise par la présente la communication à Manuvie ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Signature du participant/salarié

Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Déclaration du médecin traitant



AU MÉDECIN :

- Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les 4 semaines suivant la date de son *dernier jour de travail*, veuillez remplir la **section 2 seulement** et **apposer votre signature** à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir **toutes les sections** au complet.

Diagnostic

Diagnostic primaire :

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle :

Diagnostic secondaire :

Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail

L'affection est-elle attribuable au travail? Oui Non

Date de la première consultation pour cette affection (jj/mmmm/aaaa)

Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj/mmmm/aaaa)

Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?

Date d'admission (jj/mmmm/aaaa) : _____

ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

Date de sortie (jj/mmmm/aaaa) : _____

Nom de l'établissement : _____

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mmmm/aaaa) : _____ Description : _____

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement.

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date (jj/mmmm/aaaa)

Veuillez décrire les symptômes actuels, leur gravité et leur fréquence.

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____



Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – ne pas fournir de résultats de tests génétiques
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation _____

À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement.

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Croyez-vous que votre patient est en mesure de gérer ses propres affaires? Oui Non

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (sauf s'il est déjà indiqué à la section 2).

4 Attestation et consentement du médecin

Je reconnais que les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance invalidité de Manuvie auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

| | | |
|---|---------------------|-------------------|
| Médecin traitant (en caractères d'imprimerie) | Spécialiste agréé | Tampon du médecin |
| Adresse (numéro, rue, bureau) | | |
| Ville | Province | Code postal |
| Téléphone | Télécopieur | |
| Signature | Date (jj/mmmm/aaaa) | |

REMARQUE : LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT À LA CHARGE DU PATIENT.

Assurance collective Déclaration du médecin traitant

- **Demande de prestations d'invalidité de longue durée**
- **Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :**
 - **Assurance vie de base ou facultative**
 - **Décès et mutilation accidentels**
 - **Rente de survie**

Un formulaire incomplet peut retarder l'étude de la demande de règlement de votre patient.

Étude de la demande

Pour déterminer si votre patient a droit à des prestations d'invalidité, nous lui demandons, ainsi qu'au promoteur de régime et à vous-même, de nous fournir des renseignements afin de comparer les restrictions et les limitations du patient aux exigences de l'emploi.

Si les formulaires fournis sont incomplets, nous serons malheureusement dans l'impossibilité de prendre une décision à l'égard de la demande du patient.

Autorisation du patient

Votre patient est tenu de remplir, de signer et de dater la section Autorisation du patient dans la partie supérieure de la page 10 avant que le formulaire puisse être envoyé à Manuvie.

Ce que vous devez faire

- Répondre à toutes les questions pertinentes en lettres moulées.
 - Fournir copie des rapports de consultation, d'évolution et d'examen diagnostiques.
-

Paiement des honoraires

Les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire et rédiger les documents qui l'accompagnent sont à la charge du patient.

Envoi du formulaire

Vous pouvez remettre le formulaire dûment rempli à votre patient ou l'envoyer directement à Manuvie, à l'adresse figurant ci-dessous.

Assurance collective Manuvie
Règlements Invalidité
C.P. 400, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1
Tél. : 1 866 236-6313 ou 514 288-6268
Télec. : 1 866 292-9050 ou 514 286-6738
Courriel: groupe_invalidite@manuvie.com

Déclaration du médecin traitant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité

1 Autorisation du patient

À être remplie par le patient.

Nom et prénom

N° de contrat

N° de certificat du participant

J'autorise par la présente que soient communiqués à Manuvie tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier, incluant, mais sans s'y limiter, copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests et des dossiers d'hospitalisation, aux fins de l'administration du régime et de l'évaluation de ma demande de prestations. **Il est entendu que tous les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à ma charge.**

Signature du patient

Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Déclaration du médecin traitant

Diagnostic

a) Diagnostic principal

b) Autres diagnostics ou complications

c) S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, veuillez indiquer le score EGF.

Score EGF

d) S'il s'agit d'un trouble cardiaque, veuillez indiquer la capacité fonctionnelle selon la classification de l'American Heart Association.

Classe I (aucune limitation)

Classe II (légère limitation)

Classe III (limitation marquée)

Classe IV (limitation complète)

3 Renseignements cliniques

Veuillez noter que nous avons besoin de votre aide pour déterminer les capacités fonctionnelles de votre patient. Veuillez nous fournir copie des notes d'évolution et des résultats de tests (excluant les tests génétiques) corroborant votre diagnostic et les capacités fonctionnelles de votre patient.

a) À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?

(jj/mmmm/aaaa)

b) Depuis quand votre patient souffre-t-il de cette affection?

(jj/mmmm/aaaa)

c) L'affection est-elle attribuable à

une blessure

un accident de travail

un accident d'automobile

Autre (précisez)

une maladie

d) Quelles sont les dates de la première et de la dernière visite, et quelle est la fréquence des visites?

Première visite (jj/mmmm/aaaa)

Dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Fréquence des visites

Hebdomadaire

Tous les 15 jours

Mensuelle

Autre (précisez)

e) Quels sont les **symptômes** subjectifs du patient?

f) Comment les **symptômes** ont-ils évolué à ce jour? (Veuillez indiquer la fréquence et la gravité.)

g) Quelles ont été vos premières **constatations cliniques**?

| |
|--|
| |
| |
| |

h) Quelles sont vos dernières **constatations cliniques**?

| |
|--|
| |
| |
| |

i) **Restrictions et limitations**

(i) Veuillez nous faire part de vos commentaires sur les limitations physiques découlant de cette affection, notamment par rapport aux activités suivantes : soulever des objets, marcher, se tenir debout, s'agenouiller, s'asseoir, effectuer des mouvements répétitifs, transporter des objets et ainsi de suite.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

(ii) Veuillez indiquer les limitations cognitives ou mentales découlant de cette affection, notamment par rapport à ce qui suit : compréhension et mémoire, concentration soutenue, interaction sociale, capacité de travailler en respectant des échéances, capacité de s'adapter aux changements et ainsi de suite.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

j) Votre patient est-il

- ambulatoire? alité? hospitalisé?
 ambulatoire en utilisant des aides fonctionnelles? obligé de rester chez lui?

k) Quels sont la taille et le poids actuels de votre patient, et sa main dominante?

| | | |
|-----------------|--------------|---|
| Taille actuelle | Poids actuel | Main dominante <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Droite |
|-----------------|--------------|---|

l) **Si** le patient est hypertendu, veuillez indiquer les trois dernières mesures de sa tension artérielle.

| | |
|--------|---------------------|
| Mesure | Date (jj/mmmm/aaaa) |
| Mesure | Date (jj/mmmm/aaaa) |
| Mesure | Date (jj/mmmm/aaaa) |

m) **Si** le patient souffre d'un trouble visuel, veuillez indiquer l'acuité visuelle et la date du dernier examen.

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| Avec des verres correcteurs OD OS | Sans verres correcteurs OD OS | Date du dernier examen (jj/mmmm/aaaa) |
|---|---|---------------------------------------|

n) **Si** la patiente est enceinte, donnez la date présumée de l'accouchement.

| |
|--|
| Date présumée de l'accouchement (jj/mmmm/aaaa) |
|--|

4 Treatment

a) Nom de tous les autres médecins ou professionnels de la santé traitants/consultés

| NOM DU PRATICIEN | TYPE DE PRATICIEN | VU OU SERA VU LE (jj/mmmm/aaaa) |
|------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b) Médicaments actuels

| NOM | POSOLOGIE | DURÉE | DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa) | RÉPONSE |
|-----|-----------|-------|---------------------------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Autres formes de traitement ou de thérapie

| TYPE | DURÉE | DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa) | RÉPONSE |
|------|-------|---------------------------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

d) Hospitalisations

| DATE DE L'ADMISSION (jj/mmmm/aaaa) | DATE DU CONGÉ (jj/mmmm/aaaa) | ÉTABLISSEMENT | RAISON (Date de la chirurgie, s'il y a lieu) |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

e) Réponse au traitement

| | |
|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Rétablissement <input type="radio"/> Amélioration <input type="radio"/> Aucun changement <input type="radio"/> Régression | Commentaires <hr/> <hr/> |
|--|-----------------------------|

f) Votre patient suit-il le traitement recommandé?

| | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Si non, veuillez fournir des précisions. <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|--|

g) Précisions sur tout changement proposé au traitement, y compris à la date de la chirurgie (si elle est connue), aux examens, aux médicaments, à la thérapie

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

5 Capacité

Croyez-vous que votre patient a la capacité d'endosser des chèques et de donner des directives sur leur affectation?

Oui Non **Si non, depuis quand?**

Date (jj/mmmm/aaaa)

| |
|--|
| |
|--|

6 Restriction relative aux permis

Le permis de conduire de votre patient ou tout permis nécessaire pour exercer sa profession ont-ils été restreints ou annulés en raison de l'affection actuelle?

Oui Non

Restriction Suspension Annulation

Date (jj/mmmm/aaaa)

Type de permis

Catégorie de permis (le cas échéant)

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Si oui, quand votre patient pourra-t-il demander la remise en vigueur du permis?

Date (jj/mmmm/aaaa)

| |
|--|
| |
|--|

7 Remarques

Veuillez inclure tous commentaires ou renseignements qui, d'après vous, pourraient nous aider à comprendre les restrictions et les limitations du patient; les capacités fonctionnelles; la durée prévue de l'affection, etc.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Nom du médecin traitant (écrire en lettres moulées)

Spécialité

Téléphone (y compris l'indicatif régional)

Télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue)

Ville

Province

Code postal

Signature

Date (jj/mmmm/aaaa)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission, ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.