



**Déclaration du médecin traitant (DMT)  
Supplémentaire  
Assurance invalidité prolongée  
Financière Manuvie  
Contrat collectif n° 901102**

**Partie I — À REMPLIR PAR LE PATIENT/REQUÉRANT**

Réclamation de prestations  
d'AIP n° \_\_\_\_\_

**1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE**

Numéro matricule (NM)	Nom de famille	Prénom	Initiales
			(    )
Adresse postale		Numéro de téléphone à domicile	
		(    )	
Case postale, route rurale, etc.		N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)	
Ville	Province	Code postal	Adresse de courriel

**2. DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PATIENT/REQUÉRANT**

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Il est entendu que ma demande de règlement et mon assurance pourraient être déclinées ou résiliées s'il s'avérait que les réponses fournies sont fausses, incomplètes ou de nature à induire en erreur.

J'autorise la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM à effectuer, au besoin, des recherches quant à cette demande de prestations d'invalidité prolongée.

Je comprends que la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM devront recueillir et donner certains renseignements à mon sujet au cours de leur enquête, y compris tout renseignement, dossier ou autre information à l'égard de mes antécédents et traitements médicaux, de mes soldes, de mes emplois, de mes études ou de ma formation actuels ou antérieurs (ci-après appelés « renseignements personnels »).

- Mes renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM le jugent nécessaires :
- l'évaluation de cette demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée aux Services financiers du RARM;
  - l'administration de la police en vertu de laquelle j'ai présenté une demande;
  - l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM et les personnes, institutions et organisations suivantes à s'échanger tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession à mon égard :

- tout médecin, praticien de la santé, hôpital, clinique, pharmacie ou autre fournisseur ou centre médical offrant des soins ou des traitements de santé;
- tout régime d'assurance santé provincial, compagnie d'assurance, réassureur;
- tout courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, mon employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement à mes avantages sociaux;
- tout organisme, organisation ou fédéral ou provincial;
- toute organisation d'enquête ou de sécurité, agent en matière de renseignements personnels ou autre personne, agence ou institution possédant mes renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels que je fournis, ou que la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ont recueillis, seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux individus autorisés. Parmi ceux-ci, on compte les employés de la Financière Manuvie et/ou Services financiers du RARM et d'autres personnes (société ou particulier), firmes ou agences retenues par la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM, dans l'exécution de leurs tâches, ainsi que les personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation par écrit ou toute autre personne autorisée par la loi.

Je comprends que, dans les cas où la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ont obtenu des renseignements médicaux sensibles d'une personne autre que mon médecin, de tels renseignements ne pourront être divulgués que par mon médecin.

Je comprends et j'autorise que cette déclaration demeure en vigueur tant que la demande de prestations pour laquelle j'ai rempli ce formulaire existe ou que je dois faire appel à la Financière Manuvie pour des services se rapportant à cette déclaration. Une copie de cette déclaration est aussi valide que l'original.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada et ils vous seront fournis sur demande.

Signature du patient/requérant \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

**Partie II — À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

**INSTRUCTIONS AU MÉDECIN POUR REMPLIR LE FORMULAIRE**

Veillez fournir tous les renseignements et les documents demandés dans ce formulaire de sorte que nous puissions mieux comprendre l'ampleur de la maladie du patient/requérant et les déficiences qui en découlent. On se fondera sur les renseignements fournis pour déterminer si le patient a droit à des prestations continues.

Instructions : 1) Prière d'écrire en lettres moulées.

2) Veuillez retourner le formulaire rempli et les documents connexes au patient/ ou les poster directement à la Financière Manuvie, Services du RARM, C.P. 1030, 2727, Joseph Howe Drive, Halifax NS B3J 2X5.

3) **Tout frais imputé pour remplir ce formulaire est à la charge du patient/requérant.**

**Identification du patient/requérant :**

--	--	--

Numéro matricule (NM)

Nom de famille

Prénom

Initiales

**1. DIAGNOSTIC**

- A) Affection principale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- B) Terminologie et codes de GPS IV : Axe I \_\_\_\_\_  
Axe II \_\_\_\_\_ Axe III \_\_\_\_\_  
Axe IV \_\_\_\_\_ Axe V \_\_\_\_\_
- C) Affection secondaire \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- D) Constatations objectives \_\_\_\_\_
- E) Constatations subjectives \_\_\_\_\_
- F) Veuillez fournir des copies des documents suivants à l'appui du diagnostic mentionné.  
 notes de consultation     rapports de tests/d'enquêtes     rapports d'évaluation     rapports de tests psychologiques     rapports opératoires  
 antécédents d'admission à l'hôpital     résumé à la sortie     notes cliniques     autres \_\_\_\_\_
- G) Poids actuel \_\_\_\_\_ lb/kg    Pression artérielle actuelle (si une cardiopathie est diagnostiquée) \_\_\_\_\_

**2. SYMPTÔMES**

Veillez indiquer tous les symptômes actuels sur lesquels repose votre diagnostic \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. INCAPACITÉS PHYSIQUES ACTUELLES**

- I)  Catégorie 1 (aucune incapacité — apte à toute activité physique)    II) Le patient est-il apte aux activités suivantes :
- Catégorie 2 (légère restriction — apte aux activités modérées)     lever \_\_\_\_\_ lb/kg
- Catégorie 3 (restriction modérée — apte aux activités légères)     s'asseoir     debout
- Catégorie 4 (restriction marquée — apte aux activités minimales)     marcher     se courber
- Catégorie 5 (restriction grave — incapable d'activités minimales)     s'accroupir     grimper?
- III) Le patient est-il :     ambulatoire     confiné à la maison     alité     confiné à l'hôpital
- IV) Le patient a-t-il besoin d'appareils fonctionnels? Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Partie II — À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (SUITE)**

Numéro matricule :

**7. PRONOSTIC**

- A) À votre connaissance, quelle est la profession du patient? \_\_\_\_\_
- B) Connaissez-vous les exigences de la profession du patient?  Non  Oui
- C) Le patient a-t-il exprimé le désir de retourner au travail?  Non  Oui. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- D) Que faut-il à votre patient pour lui permettre de retourner au travail? \_\_\_\_\_  
 afin d'exercer sa profession \_\_\_\_\_  
 afin d'exercer toute autre profession \_\_\_\_\_
- E) Veuillez préciser les restrictions du patient \_\_\_\_\_

**8. CAPACITÉ**

Le patient a-t-il la capacité d'endosser des chèques et de prévoir la destination de l'argent?  Non  Oui

Dans la négative, depuis quelle date? \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**9. RESTRICTION SUR LES PERMIS**

L'autorisation du patient d'exercer sa profession ou le permis de conduire ou autre permis de ce dernier a-t-il été  restreint,  suspendu,  révoqué?

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date. \_\_\_\_\_ Veuillez préciser le type de permis \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

Catégorie de permis (le cas échéant) \_\_\_\_\_

**10. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

- A) Commentaires \_\_\_\_\_
- B) Avez-vous, au nom du patient, fourni des renseignements médicaux sur celui-ci à des sociétés pour d'autres prestations?  Non  Oui  
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom complet de la société. \_\_\_\_\_

**11. MÉDECIN TRAITANT/SPECIALISTE**

Nom du médecin traitant (prière d'écrire en lettres moulées ou de joindre une carte d'affaires)	Spécialité
Adresse du médecin traitant	N° de téléphone du médecin traitant
Nom du médecin spécialiste, le cas échéant (prière d'écrire en lettres moulées ou de joindre une carte d'affaires)	Spécialité
Adresse du médecin spécialiste	N° de téléphone du médecin spécialiste

**12. DÉCLARATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT**

JE DÉCLARE que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts, à ma connaissance.

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Jour Mois Année