



Demande de prolongation des prestations

Assurance invalidité prolongée (AIP)

Déclaration du requérant

Contrat collectif n° _____



N° de la réclamation d'AIP _____

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

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

2. DÉTAILS DE LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT

A. Veuillez décrire vos troubles médicaux actuels et actifs de façon détaillée :

B. Veuillez décrire en détail les troubles médicaux énumérés ci-dessus ainsi que toute limitation physique ou psychologique qu'ils occasionnent :

C. Veuillez décrire tout travail ou activité que vous êtes capable d'effectuer à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison :

D. Votre état s'est-il amélioré depuis votre libération des Forces canadiennes? Veuillez préciser :

E. Vos troubles médicaux vous empêchent-ils d'occuper un emploi convenable qui vous permet de toucher un salaire ou réaliser des profits ou de participer à des cours ou à de la formation?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

F. i) Quels cours ou formation avez-vous suivis?

ii) Quels cours ou formation suivez-vous à l'heure actuelle?

G. Travaillez-vous à l'heure actuelle? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser : Temps partiel ____ heures/semaine Plein temps

Date d'embauche : _____ Salaire brut mensuel : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Numéro matricule (NM) :

2. SUITE DE LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT...

H. i) Si vous ne travaillez pas à l'heure actuelle, quelles sont vos perspectives d'emploi ou de rééducation professionnelle?

ii) À quelle date prévoyez-vous retourner au travail?

_____ jour _____ mois _____ année

I. Si vous ne travaillez pas à l'heure actuelle, avez-vous abordé la question du retour au travail avec votre médecin? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », que vous a-t-il conseillé concernant la date à laquelle vous pouvez retourner au travail?

J. Recevez-vous des prestations d'invalidité d'une des sources suivantes? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser le montant mensuel.

	Oui	Montant Actuel	Non	Si vous avez répondu « Non », avez-vous fait une demande pour recevoir ces prestations?	
i.) Régime de pensions du Canada (RPC) (partie du demandeur seulement)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
ii.) Anciens Combattants Canada (ACC) (incluant les personnes à charge)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
iii.) Autres sources	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Veuillez fournir des précisions sur la source iii.) susmentionnée : _____

3. MÉDECIN TRAITANT/SPÉCIALISTE

Nom de votre médecin traitant actuel (prière d'écrire en lettres moulées) :	Spécialité
Adresse du médecin traitant	Numéro de téléphone du médecin traitant
Nom de votre spécialiste actuel, s'il y a lieu (prière d'écrire en lettres moulées) :	Spécialité
Adresse du spécialiste	Numéro de téléphone du spécialiste

4. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Situation de famille : célibataire marié divorcé séparé autre

Nombre d'enfants à charge : _____ Âge(s) :

Date de naissance du membre : _____
 Jour Mois Année

5. SIGNATURE

Déclaration et autorisation du requérant

- a. J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards afin de prolonger les prestations conformément à la disposition de l'Assurance invalidité prolongée dans le contrat d'assurance.;
- b. J'autorise les Services financiers du RARM, la Financière Manuvie ou ses réassureurs de recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi pour les fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations.
- c. J'autorise également les Services financiers du RARM, la Financière Manuvie ou ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi à ces mêmes personnes ou organisations mentionnées au paragraphe b.

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 requérant _____ jour _____ mois _____ année

Veuillez retourner le formulaire rempli à la : Financière Manuvie, Services du RARM, 2727, Joseph Howe Drive, C.P. 1030, Halifax NS B3J 2X5