

Déclaration standard d'accident ou de maladie Assurance invalidité

Envoyez le présent formulaire dûment rempli :

Par courriel : CC_987@manulife.com

Par télécopieur : 1 866 905-1112

Par la poste : Services de gestion des documents
– Règlements, Prestations du vivant
P.O. Box 1602, Stn Waterloo
WATERLOO (ONTARIO) N2J 4C6

Par messagerie : Services de gestion des documents
– Règlements, Prestations du vivant
500 King Street North
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

**Veuillez écrire lisiblement,
en caractères d'imprimerie.**

- *Vous, votre* et *vos* renvoient à l'assuré.
- *Nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.
- Utiliser ce formulaire pour donner des précisions sur votre demande de règlement en cas d'invalidité. Répondre intégralement à toutes les questions. Un formulaire incomplet peut retarder le règlement.
- Retourner la partie Déclaration du médecin traitant dûment remplie avec les pages 1 à 7 et toute page supplémentaire annexée.
- Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 866 575-0684 ou visitez le site manuvie.ca.

REMARQUE IMPORTANTE : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

1 Renseignements personnels	Numéro du contrat		Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse		Ville		Province	Code postal
	Numéro de téléphone au domicile		Numéro d'assurance sociale			
2 Renseignements sur l'invalidité	Dates de l'invalidité :		De		À	
	☐ Complètement incapable de travailler ☐ Partiellement incapable de travailler		De		À	
Dans le cas d'une invalidité affectant l'épaule, le bras ou la main, êtes-vous ☐ gaucher OU ☐ droitier						
Blessure	Date de la blessure (jj/mmmm/aaaa)		Comment et où la blessure est-elle survenue?			
	Quand les blessures ont-elles causé le premier arrêt de travail?				Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)	
	☐ matin ☐ après-midi					
	Pourquoi avez-vous cessé de travailler? ☐ Blessure ☐ Autres raisons (veuillez expliquer)					
	La blessure était-elle liée au travail? ☐ Oui ☐ Non					
	Quelles blessures avez-vous subies?				Qui a été témoin de la blessure?	
	Avez-vous déjà eu la même blessure ou une blessure similaire? ☐ Oui ☐ Non					
	Dans l'affirmative, veuillez préciser (y compris la date)					
	Nom du propriétaire du véhicule					
Si les blessures sont survenues à la suite d'un accident de la route, veuillez fournir les renseignements ci-contre :	Nom de la compagnie d'assurance où le véhicule était assuré				Numéro du contrat	
	Si les policiers sont intervenus, veuillez indiquer le nom de l'agent, le nom des forces de police et le numéro d'insigne, s'il est connu					
Maladie	À quelle date les premiers symptômes :					
	a) sont-ils apparus		b) ont-ils causé un arrêt de travail		Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)	
	☐ matin ☐ après-midi					
	Pourquoi avez-vous cessé de travailler? ☐ Maladie ☐ Autres raisons (veuillez préciser)					
	Nature de la maladie et précisions					
Avez-vous déjà eu la même maladie ou une maladie similaire? ☐ Oui ☐ Non						
Dans l'affirmative, veuillez préciser (y compris la date)						

3 Renseignements sur le traitement	Nom et adresse des médecins traitants (y compris le code postal)		Date du premier traitement (jj/mmmm/aaaa)		
	Si vous n'avez pas consulté un médecin à la date à laquelle l'accident s'est produit ou à la date à laquelle les premiers symptômes sont apparus, veuillez en donner la raison.				
	Nom et adresse de votre médecin de famille habituel (s'ils n'ont pas encore été indiqués)				
	Si vous avez été hospitalisé, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital (ainsi que le code postal)		Date d'admission (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)	
Êtes-vous encore traité pour ce trouble? ☐ Oui ☐ Non					
Nature du traitement et fréquence					
Êtes-vous retourné au travail? ☐ Oui ☐ Non					
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates					
☐ Temps plein ☐ Temps partiel		Heures par semaine	☐ Profession habituelle ☐ Une autre profession		
Veuillez préciser					
Si vous n'êtes pas retourné travailler, à quelle date prévoyez-vous y retourner? (jj/mmmm/aaaa)			☐ Temps plein ☐ Temps partiel		
Votre médecin vous a-t-il expliqué à quoi vous pouvez raisonnablement vous attendre, et quelles sont vos responsabilités relativement au rétablissement, à la réadaptation et au retour au travail? ☐ Oui ☐ Non					
Veuillez préciser					

4 Renseignements sur les autres prestations

Veuillez indiquer si vous recevez d'autres prestations.

Prestations	Demande faite		Prestations reçues		Nom de la compagnie	Numéro du contrat	Date de la demande (jj/mmmm/aaaa)	Montant reçu		Date d'effet (jj/mmmm/aaaa)
	Oui	Non	Oui	Non				Hebdomadaire	Mensuel	
Continuation de salaire/ congé de maladie payé	☐	☐	☐	☐						
Assurance automobile (prestations d'invalidité)	☐	☐	☐	☐						
CSST/CAT	☐	☐	☐	☐						
RRQ/RPC (invalidité)	☐	☐	☐	☐						
Assurance-emploi	☐	☐	☐	☐						
Retraite ou pension	☐	☐	☐	☐						

Si vous avez d'autres contrats d'assurance qui prévoient des prestations d'invalidité, notamment l'assurance maladies graves et l'assurance crédit, veuillez remplir la partie ci-dessous.

Demande faite		Prestations reçues		Nom de la compagnie	Numéro du contrat	Date d'établissement du contrat (jj/mmmm/aaaa)	Date du début des versements (jj/mmmm/aaaa)	Montant des prestations	Délai de carence	Durée des prestations	Assurance personnelle	Frais généraux d'entreprise
Oui	Non	Oui	Non									
☐	☐	☐	☐								☐	☐
☐	☐	☐	☐								☐	☐
☐	☐	☐	☐								☐	☐

Si aucune prestation d'invalidité n'est payable présentement, serez-vous admissible à ces prestations à l'avenir? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser (date d'admissibilité, délai de carence, montant et durée des prestations) dans le tableau ci-dessous.

Remarques Veuillez donner tout autre renseignement qui, selon vous, nous aiderait à mieux évaluer cette demande.	

5 Renseignements sur l'emploi

Occupiez-vous un emploi immédiatement avant de devenir invalide? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'employeur		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Si vous n'occupez pas d'emploi rémunéré au moment où vous êtes devenu invalide, veuillez indiquer la dernière date à laquelle vous occupiez un emploi avant votre invalidité.			

6 Renseignements sur votre travail

Il est très important de donner une description complète et détaillée de votre travail au moment où vous êtes devenu invalide pour nous permettre d'évaluer votre demande de règlement de façon équitable et précise. Remarque : Ce formulaire est conçu pour englober une grande variété de professions. **Si vous n'occupez pas d'emploi rémunéré, veuillez répondre aux questions 6 à 10 en vous basant sur vos activités quotidiennes habituelles.**

1. Titre du poste _____
2. Travaillez-vous à votre compte? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, nombre d'employés _____
3. Nature de l'entreprise _____
4. Heures travaillées avant l'invalidité _____
5. Depuis quand occupez-vous ce poste (nombre d'années)? _____
6. Quel était votre revenu mensuel avant l'invalidité, après déduction des frais d'entreprise mais avant déduction de l'impôt sur le revenu? _____

7

Situation relative à un permis

1.

Votre permis de conduire ou toute autorisation d'exercer ou toute certification professionnelle ont-ils été suspendus, révoqués ou soumis à des restrictions?

☐ Oui
☐ Non

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

Genre de permis, d'autorisation ou de certification

Catégorie

Dans la négative, avez-vous fait l'objet de plaintes, d'allégations ou d'une enquête?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions

2.

Avez-vous décidé de ne pas renouveler le permis ou l'une des autorisations ou certifications indiquées à la question 1 ci-dessus?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez donner les raisons

8

Renseignements sur l'entreprise

1.

Êtes-vous propriétaire unique?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative : nom de l'entreprise

2.

Faites-vous partie d'une société de personnes?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative : % de votre part, nombre d'associés

3.

Êtes-vous un associé?

☐ Oui
☐ Non

Décrivez les relations d'affaires

4.

Avez-vous vendu votre entreprise?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative : date de la vente (jj/mmmm/aaaa)

5.

Votre entreprise est-elle en exploitation?

☐ Oui
☐ Non

6.

Avez-vous embauché quelqu'un pour vous remplacer?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative : nom de cette personne

9

Tâches liées à votre travail

Indiquez toutes les tâches liées à votre travail. Faites de votre mieux pour décrire toutes les tâches importantes que vous accomplissiez dans le cadre de vos fonctions avant l'invalidité.

Tâches	Description détaillée	Nombre d'heures consacrées chaque semaine à chacune des tâches	Êtes-vous présentement capable d'effectuer cette activité?	
			Oui	Non
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Total d'heures travaillées par semaine

Est-ce que les fonctions indiquées ci-dessus ont changé durant les 24 mois qui ont précédé le début de l'invalidité?

☐ Oui
☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la nature et la raison du changement

Otre les tâches indiquées ci-dessus, veuillez donner des précisions sur toutes les autres tâches que vous êtes capable d'effectuer. Pour toutes les tâches que vous êtes actuellement capable d'effectuer, veuillez indiquer le nombre d'heures par jour et de jours par semaine. Veuillez inclure toutes les tâches qui ne sont pas indiquées ci-dessus.

10 Renseignements sur le milieu de travail	Est-ce que votre profession exige que vous travailliez dans les conditions suivantes?	Oui	Non	Nombre de fois par jour	Nombre d'heures par jour
	À l'extérieur?	☐	☐		
	Au chaud ou au froid extrêmes?	☐	☐		
	Dans un milieu humide?	☐	☐		
	Dans un milieu sans aération?	☐	☐		
	Dans le cadre de vos fonctions, devez-vous manipuler : a) des irritants cutanés (p. ex. poussière, émanations, gaz, produits chimiques, etc.)? ☐ Oui ☐ Non b) des irritants respiratoires (p. ex. poussière, émanations, gaz, produits chimiques, etc.)? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donnez la liste de ces irritants _____ _____ _____				
11 Renseignements sur la force et la mobilité	Dans le cadre de vos fonctions, devez-vous	Oui	Non	Nombre de fois par jour	Nombre d'heures par jour
	soulever ou porter des charges de 5 à 25 lb?	☐	☐		
	de plus de 25 lb?	☐	☐		
	pousser ou tirer des charges de 5 à 25 lb?	☐	☐		
	de plus de 25 lb?	☐	☐		
	être assis?	☐	☐		
	être debout?	☐	☐		
	marcher?	☐	☐		
	grimper?	☐	☐		
	conduire?	☐	☐		
	rester dans la même position pendant plus d'une heure?	☐	☐		
	atteindre des objets à une hauteur au-dessus de l'épaule?	☐	☐		
	à la hauteur de l'épaule?	☐	☐		
	à une hauteur au-dessous de l'épaule?	☐	☐		
	faire des mouvements de torsion?	☐	☐		
	vous pencher ou vous accroupir?	☐	☐		
	vous agenouiller ou ramper?	☐	☐		
	rester en équilibre?	☐	☐		
	Veuillez décrire tous les facteurs qui contribuent au stress (physique ou mental) associé à votre profession : _____ _____ _____ _____				
	Veuillez indiquer tous les véhicules, machines de bureau, outils ou autre équipement que vous utilisez dans le cadre de vos fonctions.				
	Genre d'équipement	Nombre de fois par jour		Nombre d'heures par jour	

12 Autorisation et consentement

La présente section porte sur l'usage que nous faisons de vos renseignements personnels; veuillez la lire attentivement.

En apposant votre signature à la page 8, vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à communiquer et à conserver vos renseignements personnels et vous acceptez les méthodes par lesquelles nous le faisons.

Vous ne pouvez modifier la section 12 d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet. Si vous souhaitez retirer votre consentement, consultez la section pertinente à la page suivante.

Dans la présente déclaration, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire de contrat ou à la personne titulaire des droits attachés au contrat, à l'assuré et au parent ou au tuteur de tout enfant désigné comme assuré mais n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans (16 ans hors du Québec). Les termes *nous*, *notre*, *nos* et *la Compagnie* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, ses sociétés affiliées et ses filiales.

Les mises à jour concernant la présente déclaration et d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sont publiés à l'adresse manuvie.ca.

Nous recueillons, utilisons, vérifions et communiquons vos renseignements personnels à des fins déterminées, et seulement avec votre consentement, ou dans la mesure où la loi l'exige ou l'autorise. En signant la demande, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans la présente Déclaration relative aux renseignements personnels. Toute modification au consentement doit faire l'objet d'une entente écrite avec la Compagnie.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit que vous avez demandé, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical ou une analyse sanguine;
- vos renseignements personnels auprès de MIB Inc., comme l'explique la section *Information concernant le Bureau de renseignements médicaux*;
- une copie de tout dossier de conduite automobile du bureau des véhicules automobiles de la province ou du territoire visé;
- un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant d'autres organisations ou d'une autre personne ou source possédant des renseignements ou des dossiers à votre sujet;
- des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

- les demandes et formulaires que vous avez remplis ainsi que les enregistrements des entretiens téléphoniques;
- d'autres interactions entre vous et la Compagnie;
- d'autres sources, notamment :
 - votre conseiller ou vos représentants autorisés,
 - des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat maintenant et dans l'avenir,
 - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, et les sites Internet.

À quelles fins utilisons-nous vos données?

Nous utilisons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer adéquatement les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- évaluer votre demande et établir le contrat et administrer les droits qui y sont attachés;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser les données qui nous aident à mieux comprendre nos clients afin que nous puissions améliorer les produits et services que nous fournissons;
- déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services.

(Suite à la page suivante)...

12 Autorisation et consentement (suite)

À qui communiquons-nous vos renseignements?

- aux personnes, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- à votre conseiller et à ses employés et à toute agence qui a signé une entente avec nous et dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- à toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution et d'enquête et des services paramédicaux);
- à votre médecin;
- aux organismes de santé publique concernés, si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses.

Les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger, et sont ainsi soumis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente demande :

- feront partie de tous les contrats à la suite de la présente demande, même si vous n'êtes ni le titulaire ni l'une des personnes à assurer au titre de ce contrat imprimé;
- seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats et à tout titulaire ultérieur ainsi qu'à toutes les personnes à assurer.

Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

La plus longue des périodes suivantes :

- la période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers, et
- la période requise pour administrer les produits et services que nous vous fournissons.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez nous retirer votre consentement à l'utilisation de votre NAS ou de votre numéro d'entreprise, s'il y a lieu, à d'autres fins que celles de l'administration de l'impôt. Vous pouvez également nous retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous fournir des renseignements sur d'autres produits et services, sauf dans le cas des envois qui accompagnent vos relevés.

À moins que les lois fédérales ou provinciales ne vous en donnent le droit, vous ne pouvez pas nous retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation ou à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour établir ou administrer le contrat. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un contrat ne pourra être établi et les sommes dues ne pourront être versées aux termes du contrat, ou nous pourrions traiter le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation du contrat.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, téléphonez à notre Service à la clientèle au 1 888 MANUVIE (626-8843) au Québec, ou au 1 888 MANULIFE (626-8543) à l'extérieur du Québec, ou écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

Exactitude et accès

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Si vous avez des questions, si vous voulez recevoir des renseignements supplémentaires au sujet des personnes qui ont accès à vos renseignements personnels ou en ce qui concerne nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez consulter ou corriger les renseignements personnels vous concernant que nous avons en dossier, veuillez vous adresser par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Manuvie

500 King Street N

Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Privacy_office_canadian_division@manulife.ca

Veuillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel. En communiquant avec nous par courriel, vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel.

(Suite à la page suivante)...

12 Autorisation et consentement (suite)	Retrait du consentement Vous avez le droit de refuser que nous vous offrions des produits supplémentaires. Si vous révoquez votre consentement à ce que nous utilisions vos renseignements personnels à des fins de marketing, vous savez que cela n'altérera pas notre capacité de continuer à vous fournir les produits et services que vous avez demandés, mais que cela ne vous permettra plus, en conséquence, de recevoir directement des offres spéciales ou personnalisées concernant d'autres produits et services. Résolution des plaintes Pour tout complément d'information, communiquez avec votre conseiller ou avec notre siège social aux numéros suivants : 1 888 626-8843 au Québec ou 1 888 626-8543 dans toutes les autres provinces Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre processus de règlement des plaintes à manuvie.ca, en cliquant sur <i>Nous joindre > Régler une plainte</i>.								
13 Autorisation de communiquer des renseignements La présente partie dûment remplie et signée sera copiée et fournie aux hôpitaux ou organismes et constituera votre autorisation de nous communiquer des renseignements pour les besoins de la présente demande de règlement.	Dans la présente partie, <i>nous, notre</i> et <i>nos</i> renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers; <i>vous, votre</i> et <i>vos</i> renvoient à l'assuré. Vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels des soins de santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance ou à leurs fournisseurs de services, à l'Agence du revenu du Canada, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme ou toute autre institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, à nous communiquer ou à transmettre aux réassureurs concernés tout renseignement sur vous que nous exigeons pour administrer la demande de règlement. En signant ci-dessous, vous confirmez que : • à votre connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente déclaration du demandeur sont à jour, exacts et complets; • vous acceptez les conditions de la présente déclaration du demandeur; • vous donnez toutes les autorisations et tous les consentements décrits dans la présente déclaration du demandeur; • vous convenez qu'une copie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original. Conformément à la législation en vigueur dans certaines provinces, nous sommes tenus de vous informer que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la <i>Loi sur les assurances</i> de votre province ou dans toute autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement. <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Nom de l'assuré (prénom et nom de famille) En caractères d'imprimerie.</td> </tr> <tr> <td>Signature de l'assuré X</td> <td>Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td>Signature du bénéficiaire (dans les territoires de compétence applicables) ou d'un représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents) X</td> <td>Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td>Signature du témoin X</td> <td>Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille) En caractères d'imprimerie.		Signature de l'assuré X	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du bénéficiaire (dans les territoires de compétence applicables) ou d'un représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents) X	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Nom de l'assuré (prénom et nom de famille) En caractères d'imprimerie.									
Signature de l'assuré X	Date (jj/mmmm/aaaa)								
Signature du bénéficiaire (dans les territoires de compétence applicables) ou d'un représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents) X	Date (jj/mmmm/aaaa)								
Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)								

Envoyez le présent formulaire dûment rempli :

Par courriel : CC_987@manulife.com

Par télécopieur : 1 866 905-1112

Par la poste : Services de gestion des documents
– Règlements, Prestations du vivant
P.O. Box 1602, Stn Waterloo
WATERLOO (ONTARIO) N2J 4C6

Par messagerie : Services de gestion des documents
– Règlements, Prestations du vivant
500 King Street North
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

***Veuillez écrire lisiblement,
en caractères d'imprimerie.***

- Utilisez le présent formulaire pour fournir des renseignements médicaux sur la personne désignée à la partie 1. Pour que nous puissions évaluer la demande de règlement, il faut que vous répondiez intégralement à toutes les questions. Les renseignements fournis nous serviront à prendre une décision à propos des prestations payables, le cas échéant. Nous serons malheureusement dans l'impossibilité de prendre une décision si le formulaire ne comporte pas tous les renseignements nécessaires.
- Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 866 575-0684.

ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

1 a) Renseignements personnels La partie 1 doit être remplie en totalité, signée et datée par l'assuré avant que les parties 2 à 13 ne soient remplies par le médecin.	Numéro du contrat	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	Adresse	Ville	Province	Code postal
1 b) Autorisation de l'assuré de communiquer des renseignements personnels	En signant ci-dessous : - Je donne l'autorisation et demande au médecin qui rédige la présente Déclaration du médecin traitant de divulguer des renseignements sur moi et mon état de santé à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Ces renseignements seront utilisés pour l'administration d'une demande de règlement présentée au titre du contrat indiqué à la partie 1 a). - Je conviens que la présente autorisation sera en vigueur pendant un an à partir de la date de ma signature. Je reconnais qu'il m'incombe de fournir le présent formulaire à mon médecin pour qu'il le remplisse, et que je devrai payer tous frais exigés par mon médecin pour le remplir. - Je sais que mes renseignements personnels seront utilisés et conservés de la façon décrite dans le document sur la politique et les procédures de Manuvie. (Ce document peut être obtenu auprès de notre Bureau de la protection des renseignements personnels (Assurance individuelle, 25 Water St. S., P.O. Box 800, Stn. C, Kitchener (Ontario) N2G 4Y5) ou sur notre site Web à manuvie.ca (sous « Politique de confidentialité »). Signature de l'assuré ou de son représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents) X Date (jj/mmmm/aaaa)			
2 Antécédents	- Date à laquelle les premiers symptômes sont apparus ou l'accident est survenu (jj/mmmm/aaaa) _____ - Date à laquelle le diagnostic du trouble a été établi la première fois (jj/mmmm/aaaa) _____ - À votre connaissance, quelle est la date _____ à laquelle votre patient (veuillez préciser) : ☐ a cessé de travailler (jj/mmmm/aaaa) _____ ☐ a réduit ses heures de travail (jj/mmmm/aaaa) _____ - Est-ce que son trouble est considéré chronique? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, qu'est-ce qui a obligé le patient à s'absenter du travail? _____ - Le patient a-t-il déjà souffert du même trouble ou de troubles similaires? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas Dans l'affirmative, indiquez la date et précisez _____ - Le trouble est-il dû à une blessure ou une maladie liée au travail du patient? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas - Taille actuelle _____ Poids actuel _____			
3 Diagnostic ► S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, remplir la partie 6. Sauter les parties 3 à 5.	- Diagnostic primaire (y compris toutes complications) _____ - Diagnostic secondaire (s'il y a lieu) _____ - Y a-t-il eu des facteurs précipitants? (veuillez préciser) _____ - Autres affections ou complications qui pourraient prolonger la période de rétablissement _____ - Si le trouble est dû à une grossesse, quelle est ou était la date prévue de l'accouchement? (jj/mmmm/aaaa) _____ - Veuillez fournir des copies de vos notes de consultations à l'appui des diagnostics cités depuis l'apparition de la maladie jusqu'à ce jour.			
4 Symptômes	- Constatations objectives (veuillez joindre des copies de rapports d'examen radiographiques, de rapports d'épreuves diagnostiques et d'investigations, de données de laboratoire, de rapports d'admission ou de sortie d'hôpital ou de rapports opératoires, s'il y a lieu) _____ _____ - Symptômes (indiquez tous les symptômes) _____ _____ _____			

4 Symptômes (suite)

3.

Épreuves diagnostiques	Date (jj/mmmm/aaaa)	Résultats

4. Envisagez-vous d'autres épreuves diagnostiques dans l'avenir?
☐ Oui
☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

5 Restrictions

Votre patient peut-il : (dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de fois par jour **et** le nombre d'heures par jour)

	Oui	Non	Nombre de fois par jour	Nombre d'heures par jour		Oui	Non	Nombre de fois par jour	Nombre d'heures par jour
soulever ou porter des charges pouvant peser jusqu'à 25 lb	☐	☐			rester debout pendant 1 heure	☐	☐		
de plus de 25 lb	☐	☐			atteindre un point au-dessus de l'épaule	☐	☐		
pousser ou tirer des charges pouvant peser jusqu'à 25 lb	☐	☐			à la hauteur de l'épaule	☐	☐		
de plus de 25 lb	☐	☐			au-dessous de l'épaule	☐	☐		
s'asseoir	☐	☐			faire un mouvement de torsion	☐	☐		
se tenir debout	☐	☐			se pencher ou s'accroupir	☐	☐		
marcher	☐	☐			s'agenouiller ou ramper	☐	☐		
grimper	☐	☐			Autres : _____	☐	☐		

6 Troubles psychiatriques

Ne remplissez cette section *que* dans le cas de troubles psychiatriques.

1. Diagnostic (veuillez utiliser la terminologie et les codes DSM IV)

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

(Si le diagnostic de l'axe III est établi, veuillez remplir les parties 3, 4 et 5.)

Axe IV _____

Axe V _____

2. Veuillez joindre des copies de vos notes de consultations à l'appui des diagnostics cités depuis l'apparition de la maladie jusqu'à ce jour.

3. Antécédents : Antécédents familiaux positifs ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer _____

Antécédents psychiatriques (diagnostic, année, durée, etc.) _____

4. Maladie actuelle (veuillez indiquer tous les symptômes)

Symptômes	Fréquence	Durée

6 Troubles psychiatriques (suite)

5. Autres facteurs influant sur la maladie (travail, famille, relations, état de permis professionnel, faillite, etc.)

6. Y a-t-il présentement ou y a-t-il jamais eu un problème d'abus d'alcool ou de substances intoxicantes? ☐ Oui ☐ Non
Veuillez préciser les dates et traitements

Du (jj/mmmm/aaaa)	Au (jj/mmmm/aaaa)	Traitement

7 Traitement

1. Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa) _____
2. Dates de toutes les consultations au cabinet au cours des 6 derniers mois (jj/mmmm/aaaa) _____
S'il n'y a eu aucune consultation au cours des 6 derniers mois,
veuillez indiquer la date de la dernière consultation (jj/mmmm/aaaa) _____
3. Si des médicaments sont pris, veuillez les indiquer ci-dessous :

Médicaments	Posologie	Date du début (jj/mmmm/aaaa)	Date de l'arrêt (jj/mmmm/aaaa)

4. Le patient a-t-il été admis dans un établissement de soins ou un hôpital? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Nom de l'établissement ou de l'hôpital _____
Date d'admission (jj/mmmm/aaaa) _____ Date de sortie (jj/mmmm/aaaa) _____
Date et description de l'intervention chirurgicale (jj/mmmm/aaaa) _____

5. Autre traitement (p. ex. thérapie), veuillez décrire _____
6. Durée prévue du programme de traitement _____
7. A-t-on expliqué au patient à quoi il peut raisonnablement s'attendre et quelles sont ses responsabilités relativement au rétablissement, à la réadaptation et au retour au travail?
☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez préciser _____

8. Description de tout programme de traitement proposé ou envisagé pour l'avenir _____

9. Veuillez préciser la réponse au traitement
☐ rétablissement ☐ amélioration ☐ pas de changement ☐ régression

10. Le patient se conforme-t-il au programme de traitement? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, veuillez expliquer.

8 Médecins traitants Veuillez donner la liste des médecins traitants	Nom	Spécialité	Adresse
	Si le patient n'a pas été adressé à un spécialiste, veuillez préciser		
9 Situation relative à un permis	A-t-on restreint l'usage du permis de conduire du patient, ou de toute autorisation d'exercer sa profession ou accréditation professionnelle, ou les a-t-on révoqués en raison de son état de santé? ☐ Oui ☐ Non		
	Dans l'affirmative, veuillez préciser le genre de permis _____		
	Catégorie de permis _____		
	Date de la restriction/révocation (jj/mmmm/aaaa) _____		
Vous a-t-on demandé de fournir des renseignements (verbalement ou par écrit) à un organisme gouvernemental, une association professionnelle ou un bureau d'attribution de permis au sujet de votre patient? ☐ Oui ☐ Non			
10 Autres assurances	Avez-vous fourni des renseignements sur l'état de santé de votre patient à d'autres assureurs? (p. ex. CSST/CAT, RRQ/RPC, autres compagnies d'assurance) ☐ Oui ☐ Non		
	Nom des compagnies	Numéros des contrats	
11 Capacités	Pensez-vous que le patient soit mentalement capable d'endosser un chèque et d'utiliser les sommes à payer? ☐ Oui ☐ Non		
	Dans la négative, à partir de quelle date? (jj/mmmm/aaaa)	Qui a reçu la procuration ou a été nommé curateur aux biens?	
12 Antécédents de tabagisme	Est-ce que le patient utilise actuellement une forme quelconque de tabac? ☐ Oui ☐ Non		
	Dans l'affirmative, depuis quand? (jj/mmmm/aaaa) _____		
	A-t-il déjà fait usage du tabac dans le passé? ☐ Oui ☐ Non		
	Dans l'affirmative, indiquez les dates		
	De (jj/mmmm/aaaa)	À (jj/mmmm/aaaa)	
	De (jj/mmmm/aaaa)	À (jj/mmmm/aaaa)	
	De (jj/mmmm/aaaa)	À (jj/mmmm/aaaa)	

Remarques

Veuillez indiquer tout autre renseignement qui, selon vous, pourrait être utile.

13 Signature du médecin

Nota : Il incombe au patient de payer tous frais exigés pour faire remplir la présente Déclaration du médecin traitant.

Veuillez fournir une copie de vos notes de consultations, des comptes rendus d'expertise médicale des spécialistes ou des hôpitaux, des radiographies récentes, des rapports de tests et d'investigations, des données de laboratoire et des résultats cliniques.

En signant ci-dessous, vous confirmez qu'à votre connaissance, les renseignements donnés sur le patient dans la présente déclaration sont à jour, exacts et complets.

ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Nom du médecin (prénom et nom de famille) En caractères d'imprimerie.			Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	Province	Code postal	
Spécialiste agréé ☐ Non ☐ Oui, veuillez préciser				
Signature du médecin X			Date (jj/mmmm/aaaa)	