



Demande de prestations de mutilation accidentelle

Financière Manuvie
Contrat collectif n° 901102

LA DEMANDE DOIT COMPRENDRE LE FORMULAIRE SISIP FS INS 24F, PARTIE I, PAGES 1 ET 2, ET PARTIE II, PAGES 1 ET 2.

Directives

Veuillez remplir et signer le formulaire SISIP FS INS 24F, partie I — pages 1 et 2, et demander à votre médecin traitant de remplir la partie II — pages 1 et 2.

Veuillez noter que vous devez assumer les coûts découlant des démarches prises pour remplir ces formulaires. Veuillez répondre aux questions de façon complète. Si l'espace prévu pour vos réponses n'est pas suffisant, veuillez utiliser d'autres feuilles (y inscrire le nom et le numéro matricule du titulaire du certificat) et les joindre au formulaire.

Une fois les formulaires dûment remplis, veuillez envoyer le tout directement à la Financière Manuvie à l'adresse ci-dessous.

Financière Manuvie
Bureau des prestations du RARM
2727, Joseph Howe Drive
C.P. 1030
Halifax NS B3J 2X5



Déclaration du requérant

concernant la mutilation accidentelle

Contrat collectif n° 901102

Partie I : Doit être remplie par le titulaire du certificat

1. Genre de déclaration (Cocher la case appropriée)

- Assurance collective facultative temporaire (ACFT)*
- Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)*
- Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG)
- Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés)
- Couverture après la libération (CAL)
- Assurance pour membres libérés (AML)

2. Personne pour qui cette déclaration est remplie (Cocher la case appropriée)

- Membre actif
- Conjoint
- Enfant/personne à charge
- Membre libéré
- Conjoint précédente

***Nota :** La mutilation accidentelle des membres actifs assurés en vertu de l'ACFT ou du RATR doit être non attribuable au service militaire. Les membres dont la mutilation accidentelle est attribuable au service militaire sont priés de consulter le contrat collectif n° 906906—Demande d'indemnité SISIP FS INS 12F et 13F.

3. Renseignements du titulaire du certificat

Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille		Prénom	Initiales
				()	
Adresse postale					
()					
Case postal, route rurale, etc.					
		()	()	Nº de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)	
Ville	Province	Code postal			

4. Information de la personne mutilée (si autre que le titulaire du certificat)

Nom de famille	Prénom	Initiales	Lien de parenté			
Adresse postale (au moment de la mutilation)						
		()	()	Jour	Mois	Année
Ville	Province	Code postal		Date de naissance		

5. Détails de la déclaration

A. Veuillez préciser la mutilation ou la perte de l'usage pour laquelle vous présentez cette déclaration en consultant le tableau des prestations (sur notre site Web ou en communiquant avec votre représentant des SF RARM pour de l'aide) :		
<hr/> <hr/> <hr/>		
B. Date à laquelle l'accident s'est produit :		C. Date de votre première rencontre avec le médecin pour vous faire soigner :
<hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/>
Jour Mois Année		Jour Mois Année

Numéro matricole (NM) du titulaire du certificat :

5. Détails de la déclaration (suite)

D. Lieu où l'accident s'est produit :

E. Veuillez fournir une brève description de l'accident :

F. Si cette déclaration est soumise pour un membre actif, veuillez expliquer la raison pour laquelle vous croyez que la mutilation accidentelle n'est pas imputable au service militaire :**6. Déclaration et autorisation**

J'atteste que j'ai rempli ce formulaire de façon complète et honnête, à ma connaissance. Je comprends qu'on peut refuser cette demande si je fournis des renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs.

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

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

Les renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM le jugent nécessaires pour :

- 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, les Services financiers du RARM et les personnes, institutions et organisations suivantes à se partager tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession :

- 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 ou réassureur;
- tout courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, l'employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement à les avantages sociaux des employés;
- tout organisme, organisation ou service gouvernemental fédéral ou provincial;
- toute organisation d'enquête ou de sécurité, agent en matière de renseignements personnels ou autre personne, agence ou institution possédant les renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels 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 ces derniers, on compte les employés de la Financière Manuvie et/ou des 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 le médecin de la personne mutilée, la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ne pourront divulguer de tels renseignements que par le 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 doive 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 titulaire du certificat

Jour Mois Année

Signature de la personne mutilée ou d'un parent ou gardien (si elle a moins de 18 ans)

Jour Mois Année



Déclaration du médecin traitant (DMT) concernant la mutilation accidentelle Contrat collectif n° 901102

Partie II — DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Numéro matricole (NM) du titulaire du certificat :

Nom de famille du patient :	Prénom(s) :
-----------------------------	-------------

DÉTAILS DE LA DÉCLARATION

1. Date de votre première rencontre avec le patient concernant les blessures qu'il a subies :	2. Date du dernier traitement du patient :				
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
3. Veuillez décrire la nature exacte des blessures subies, ainsi que l'endroit et l'étendue de ces dernières :					
<hr/> <hr/>					
4. A. Si l'accident a occasionné la perte totale ou partielle d'un bras, d'une main, d'une jambe ou d'un pied, veuillez indiquer le niveau d'amputation ci-dessous et sur le diagramme à la page 2 :					
<hr/>					
B. Date de l'amputation :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
5. Si l'accident a causé la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, veuillez préciser la date de cette occurrence :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
6. Si l'accident a occasionné la perte totale et irrémédiable de la vue dans un œil ou dans les deux yeux, veuillez préciser la date de cette occurrence :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
A. Si l'accident a engendré l'ablation d'un œil ou des deux yeux, veuillez indiquer la date de l'opération :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
B. Quel était le pourcentage de vision dans chaque œil avant l'accident?					
<table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td>_____</td> <td>Droite</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Gauche	_____	Droite	_____
Gauche	_____	Droite	_____		
C. Quel est le pourcentage actuel de vision dans chaque œil, le cas échéant?					
<table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td>_____</td> <td>Droite</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Gauche	_____	Droite	_____
Gauche	_____	Droite	_____		
7. Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de la parole, veuillez préciser la date de cette occurrence :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
8. Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de l'ouïe dans les deux oreilles, veuillez préciser la date de cette occurrence :					
<table border="0"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>		Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année			
A. Quel était le pourcentage de l'ouïe dans chaque oreille avant l'accident?					
<table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td>_____</td> <td>Droite</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Gauche	_____	Droite	_____
Gauche	_____	Droite	_____		
B. Quel est le pourcentage actuel de l'ouïe dans chaque oreille, le cas échéant?					
<table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td>_____</td> <td>Droite</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Gauche	_____	Droite	_____
Gauche	_____	Droite	_____		
C. Le port d'un appareil auditif améliore-t-il l'ouïe? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
9. La blessure est-elle la seule cause de la perte? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Si vous avez répondu « Non », veuillez préciser toute cause contributrice :					
<hr/> <hr/>					

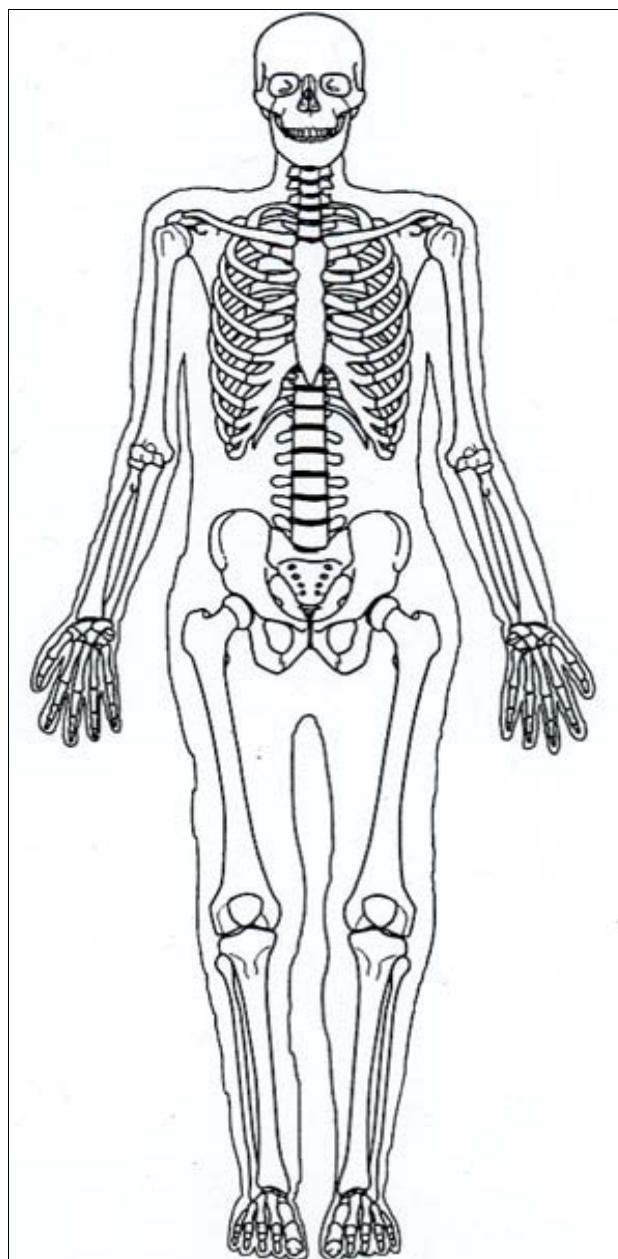
PROTÉGÉ B (une fois rempli)

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

Partie II — DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT (suite)

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

Veuillez indiquer le niveau d'amputation sur le diagramme :



Nom du médecin traitant (prière d'écrire en lettres moulées ou d'inclure une carte d'affaires)	Numéro de téléphone du médecin traitant ()
Adresse du médecin traitant	
<hr/> <hr/>	
Signature du médecin traitant	Jour Mois Année

PROTÉGÉ B (une fois rempli)