



Déclaration du médecin traitant (DMT)
Exonération des primes d'assurance vie
 Financière Manuvie
 Contrat collectif n° 901102

Partie I — À REMPLIR PAR LE PATIENT/REQUÉRANT

Réclamation d'exonération des primes n° _____

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro matricule (NM)	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse postale		Numéro de téléphone à domicile	
<input type="text"/>		<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 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 règlement.

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 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

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

Numéro matricule (NM)	Nom de famille	Prénom	Initiales

A) Date d'apparition des premiers symptômes ou de l'accident _____
jour mois année

B) Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de son affection actuelle _____
jour mois année

C) Date du premier traitement _____
jour mois année

D) Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une affection similaire? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui, veuillez préciser.

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 ☐ autre _____

G) Poids actuel _____ lb/kg Pression artérielle actuelle (si une cardiopathie est diagnostiquée) _____

Veillez indiquer tous les symptômes actuels sur lesquels repose votre diagnostic.

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

4. 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 _____

5. INCAPACITÉS PSYCHIATRIQUES ACTUELLES

- I) ☐ Catégorie 1 (capable d'agir dans des situations stressantes et d'avoir des relations interpersonnelles — aucune restriction)
☐ Catégorie 2 (capable d'agir dans la plupart des situations stressantes et d'avoir des relations interpersonnelles la plupart du temps — légère restriction)
☐ Catégorie 3 (capable d'agir seulement dans certaines situations stressantes et de n'avoir qu'un nombre limité de relations interpersonnelles — restriction modérée)
☐ Catégorie 4 (incapable d'agir dans des situations stressantes ou d'avoir des relations interpersonnelles — restriction marquée)
☐ Catégorie 5 (perte importante d'adaptation psychologique et sociale — restriction grave)
- II) À quel point l'incapacité psychiatrique du patient influe-t-elle sur sa capacité à travailler? Veuillez indiquer des restrictions précises _____

6. COMPLICATIONS

- A) Veuillez indiquer toute complication médicale qui nuit au rétablissement du patient. _____
- B) Autres facteurs ayant un effet sur la maladie (p. ex.— problèmes au travail, perte d'emploi, relations, faillite, maladie/mortalité dans la famille, perte de l'autorisation d'exercer sa profession, etc.). _____
- C) La patient souffre-t-il d'un problème de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues? ☐ Non ☐ Oui Veuillez indiquer le centre de traitement et fournir des renseignements sur le programme _____

7. TRAITEMENT

- A) Médicaments actuels. Veuillez préciser le nom des médicaments et les doses ainsi que la date de début et la durée du traitement. _____
- Résultats du traitement _____
- B) Autre traitement (p. ex.—physiothérapie, psychothérapie, counselling, programmes de traitement de jour). Veuillez préciser le type, le lieu et le nom complet de l'établissement ainsi que la fréquence des visites. _____
- C) Dates d'hospitalisation (récente) Date d'admission _____ Date de sortie _____
jour mois année jour mois année
 Établissement _____ Raison _____
- D) Conformité : le patient suit-il le traitement recommandé? Non ☐ Oui ☐ Si non, veuillez préciser _____
- E) Veuillez indiquer la fréquence des visites : ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle ☐ autre, veuillez préciser _____

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

Numéro matricule (NM) :

7. TRAITEMENT (suite)

- F) Veuillez fournir des renseignements sur tout traitement proposé, y compris toute chirurgie recommandée _____
- G) Avez-vous renvoyé le patient à un autre médecin? ☐ Non ☐ Oui Veuillez donner le nom complet et la spécialité du médecin _____

8. 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) Selon vous, 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) Quelles sont les restrictions spécifiques du patient? _____

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, ou ☐ révoqué?

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date _____ jour mois année Veuillez préciser le type de permis _____ Catégorie de permis (le cas échéant) _____

10. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- A) Commentaires _____
- B) Avez-vous fourni des renseignements médicaux au nom du patient/requérant pour d'autres prestations? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom complet de la société _____

11. MÉDECIN TRAITANT/SPECIALISTE

Adresse 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