

Assurance invalidité prolongée (AIP)
Mise à jour des renseignements du requérant
Contrat collectif n° _____

Nº de dossier d'AIP _____

Au cours de la période de versement de prestations d'invalidité prolongée, nous recueillons périodiquement des renseignements au sujet de votre santé et de vos activités. Ces renseignements servent à déterminer quelles options supplémentaires en matière de réadaptation, de formation ou de soutien sont nécessaires et à veiller à ce que votre couverture demeure appropriée.

1. RENSEIGNEMENTS DU REQUÉRANT

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

2. DÉTAILS DE LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT

- A. Veuillez décrire tout changement survenu à l'égard de votre état de santé ou tout nouveau problème de santé diagnostiqué depuis la dernière mise à jour de votre dossier :

- B. Veuillez décrire tout changement dans vos capacités fonctionnelles, vos aptitudes et vos limitations survenu depuis la dernière mise à jour de votre dossier :

- C. Veuillez décrire tout changement dans vos activités quotidiennes – y compris toute activité de loisir ou de bénévolat – que vous êtes capable d'effectuer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison depuis la dernière mise à jour de votre dossier :

- D. Depuis la dernière mise à jour de votre dossier, quels cours ou quelles formations avez-vous suivis ou suivez-vous actuellement, exception faite du programme de réadaptation professionnelle de SISIP?

- E. Depuis la dernière mise à jour de votre dossier, avez-vous occupé un emploi? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions sur les dates d'emploi, le revenu gagné, la description du poste, etc.

- F. Si vous n'occupez pas un emploi actuellement ou ne participez pas à un programme de réadaptation professionnelle de SISIP :

- i. Quels services de soutien pourraient vous aider à vous recycler ou à retourner au travail, d'après vous ou votre médecin?
-
- ii. Aimeriez-vous qu'un conseiller en réadaptation professionnelle de SISIP communique avec vous pour discuter des options qui pourraient vous être offertes dans le cadre du programme
-

2. DÉTAILS DE LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT (suite)

G. Recevez-vous des prestations d'une des sources ci-dessous? Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer le montant mensuel de ces prestations :

	<u>Oui</u>	<u>Montant actuel</u>	<u>Non</u>	<u>Si vous avez répondu « Non », avez-vous présenté une demande de prestations ?</u>
i. Pension de retraite du Régime de pensions du Canada (RPC) ou rente de retraite du Régime de rentes du Québec (RRQ) (partie du requérant seulement)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ii. Prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ (partie du requérant seulement)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
iii. Pension de retraite des Forces canadiennes (LPRFC)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
iv. Autre (Sécurité de la vieillesse, rente de retraite, assurance automobile, autre revenu d'invalidité, LIAE, autre)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Veuillez fournir des précisions concernant l'alinéa iv :

3. MÉDECIN TRAITANT/SPÉCIALISTE (écrire les noms et adresses en caractères d'imprimerie)

Médecin de famille actuel :

Adresse :	Numéro de téléphone :
Nom du spécialiste actuel, s'il y a lieu :	Spécialité :
Adresse :	Numéro de téléphone :
Autres spécialistes prodiguant des soins :	

4. SIGNATURE

Déclaration et autorisation du requérant

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Il est entendu que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de prestations peut être refusée et ma couverture peut prendre fin.

J'autorise Manuvie et la Financière SISIP à mener les enquêtes nécessaires concernant la présente demande de prestations d'invalidité prolongée.

Je reconnais que dans le cadre de leurs enquêtes, Manuvie ou la Financière SISIP devront recueillir et communiquer certains renseignements à mon sujet, y compris tout renseignement, dossier ou autre élément d'information ayant trait à mes antécédents médicaux et à mes traitements, à mon revenu actuel ou passé, à mon emploi, à ma scolarité ou à ma formation (ci-après appelés « renseignements personnels »).

Mes renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, lorsque Manuvie et/ou la Financière SISIP le jugent nécessaire pour l'évaluation de la présente demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée à la Financière SISIP, pour l'administration du contrat en vertu duquel j'ai présenté une demande ou pour l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi Manuvie, la Financière SISIP et les personnes, institutions et organisations suivantes à échanger tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession à mon égard : tout médecin, praticien de la santé, hôpital, clinique, pharmacien ou autre fournisseur ou établissement médical offrant des soins de santé ou des traitements; tout régime d'assurance maladie provincial, assureur, réassureur, courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, mon employeur ou ex-employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs fonctions relativement à mes avantages sociaux; tout organisme, organisation ou service gouvernemental fédéral ou provincial; toute organisation d'enquête ou de sécurité, tout agent en matière de renseignements personnels ou toute autre personne, agence ou institution ayant en sa possession mes renseignements personnels.

Il est entendu que tous les renseignements personnels que je fournis, ou que Manuvie et/ou la Financière SISIP ont recueillis, seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux personnes autorisées. Parmi celles-ci, on compte les employés de Manuvie et/ou de la Financière SISIP et d'autres personnes (morales ou physiques), firmes ou agences retenues par Manuvie et/ou la Financière SISIP, dans l'exécution de leurs fonctions, ainsi que les personnes auxquelles j'ai donné une autorisation par écrit ou toute autre personne autorisée par la loi.

Je comprends que, dans les cas où Manuvie et/ou la Financière SISIP ont obtenu des renseignements médicaux d'une personne autre que mon médecin, de tels renseignements ne peuvent m'être communiqués que par mon médecin.

de tels renseignements ne peuvent pas être communiqués que par mon médecin. Je comprends et j'accepte que la présente autorisation demeure en vigueur tant que la demande de prestations pour laquelle j'ai rempli le présent formulaire existe ou que je dois faire appel à Manuvie pour des services se rapportant à cette demande. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original. Les renseignements fournis dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ou de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques du Canada* ou d'une autre loi provinciale équivalente et ils vous seront fournis sur demande.

Signature du requérant

Jour

Mois

Année

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Manuvie, Services SISIP, 2727 Joseph Howe Drive, C.P. 1030, Halifax (N.-É.) B3J 2X5