

Déclaration du participant/de la personne à charge

Demande de règlement Mutilation accidentelle

Assurance collective

DIRECTIVES

Si la demande concerne une personne à charge, veuillez remplir toutes les sections pertinentes.

Déclaration du promoteur de régime - Doit être remplie par l'administrateur du régime (page 1).

Déclaration du participant - Doit être remplie par le participant (page 2).

Déclaration initiale du médecin traitant - Doit être remplie par le médecin traitant (page 3).

• **Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.**

• **Pour éviter tout retard dans le traitement de la demande, assurez-vous que l'on a répondu à toutes les questions.**

• **S'il y a lieu, les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant.**

1 Déclaration du promoteur de régime relativement à la mutilation accidentelle du participant

N° de contrat		Catégorie	N° de division	N° de certificat du participant
Nom du promoteur du régime			Nom de l'employeur (s'il ne s'agit pas du promoteur du régime)	
Nom et prénom du participant			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Profession du participant
Emploi <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel	Date d'engagement (jj/mmmm/aaaa)	Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)		Date d'effet du salaire (jj/mmmm/aaaa)
Nbre d'heures de travail/sem. normale	Montant de l'assurance	Salaire actuel	<input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Tous les 15 jours <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Horaire	

La blessure est-elle liée au travail? Oui Non

Si oui, une demande a-t-elle été présentée en vertu d'une loi sur les accidents du travail?*

Oui Non

Oui Non

Le participant était-il

retraité? mis à pied? invalide? en congé autorisé?

Date de cessation (s'il y a lieu)
(jj/mmmm/aaaa)

Si le participant était invalide, une demande de prestations d'invalidité a-t-elle été présentée pendant la période d'invalidité?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro de la demande et le nom de l'assureur.

N° de la demande

Nom de l'assureur

D'après vos dossiers, le jour de l'accident, le participant/la personne à charge avait-il/elle totalement rempli les conditions d'admission à l'assurance en cas de mutilation au titre du présent contrat?

Oui Non

Renseignements sur la personne à charge

(À remplir si la demande concerne une personne à charge.)

Nom et prénom de la personne à charge	Lien avec le participant	Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)
Montant de l'assurance de la personne à charge	\$	

Le conjoint ou la personne à charge bénéficie-t-il/elle des taux pour non-fumeurs? Oui Non

Si oui, veuillez joindre copie de la déclaration.

Avez-vous de raisons de croire que la demande ne devrait pas être réglée? Oui Non

Si oui, veuillez préciser.

Régimes gérés par le promoteur de régime seulement

Veuillez joindre **COPIE** de la demande d'adhésion du participant.

Catégorie d'assurance du participant (s'il y a lieu)	Date d'effet la plus récente de la couverture du participant (jj/mmmm/aaaa)	Date d'effet initiale de la couverture de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa)	Date jusqu'à laquelle les primes ont été réglées (jj/mmmm/aaaa)
--	---	---	---

2 Déclaration du promoteur de régime

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire, et ceux que je fournirai oralement ou par écrit dans l'avenir, sont à ma connaissance véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le participant, les tiers autorisés ou les personnes autorisées par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Signature du promoteur de régime	Date (jj/mmmm/aaaa)	N° de téléphone du promoteur de régime	
Adresse postale du promoteur de régime (n°, rue)	Ville	Province	Code postal

3 Déclaration du participant

Veillez fournir des précisions sur l'accident (lieu, circonstances, etc.)

Adresse postale du participant (n°, rue)		Ville	Province	Code postal
Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)	Heure de l'accident <input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.	
Nom et prénom du témoin				
Adresse postale du témoin (n°, rue)		Ville	Province	Code postal
Nom du médecin traitant			Date de la première visite au médecin traitant (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse du médecin traitant (n°, rue)		Ville	Province	Code postal

Renseignements sur la personne à charge

(À remplir si la demande concerne une personne à charge.)

Précisions sur l'accident

Adresse postale de la personne à charge (n°, rue)		Ville	Province	Code postal
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	État matrimonial de la personne à charge <input type="radio"/> Mariée <input type="radio"/> Célibataire		Lien avec le participant	
Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)	Heure de l'accident <input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.	L'accident est-il lié au travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Veillez fournir des précisions sur l'accident (lieu, circonstances, etc.)

La personne était-elle à votre charge financièrement? Oui Non

Si elle fréquente un établissement d'enseignement, veuillez en indiquer le nom.

Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures travaillées par semaine.

N^{bre} d'heures Nom de l'employeur de la personne à charge

La personne à charge était-elle hospitalisée lorsque la couverture est entrée en vigueur? Oui Non Si oui, veuillez indiquer la date de sortie.

Au moment de l'accident, la personne à charge travaillait-elle?

Oui Non

4 Attestation, entente et autorisation

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge majeures ou mineures, et ceux qui seront fournis oralement ou par écrit dans l'avenir, sont à ma connaissance véridiques et complets. Je reconnais que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture prendre fin.

La Financière Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques.

J'autorise toute personne physique ou morale détenant des renseignements à mon sujet, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou de programmes d'avantages sociaux, agence d'enquête ainsi que le Bureau de renseignements médicaux, à divulguer ces renseignements à la Financière Manuvie ou à ses prestataires de services lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées – tous les renseignements nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) à des fins de déclaration fiscale. Si mon NAS correspond à mon numéro de certificat, j'autorise également son utilisation à des fins d'identification et d'administration.

Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original. Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en présentant une demande à la Financière Manuvie, en consultant son site Web à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Je comprends que tous renseignements personnels recueillis par la Financière Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du conjoint/de la personne à charge majeure Date (jj/mmmm/aaaa)

Si la demande concerne le conjoint, veuillez lui demander de signer et de dater la présente.

Déclaration initiale du médecin traitant

Mutilation accidentelle Assurance collective

Veillez écrire en caractères d'imprimerie.

1 Autorisation du patient

(Doit être remplie par le patient.)

Nom et prénom du patient	N° de contrat	N° de certificat du participant
--------------------------	---------------	---------------------------------

J'autorise par la présente que soient communiqués à la Financière Manuvie tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier, incluant, mais sans s'y limiter, copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests et des dossiers d'hospitalisation, ainsi que les renseignements sur mes antécédents médicaux et mes traitements, lorsque ces renseignements sont nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande de règlement et d'évaluations par des médecins indépendants. **Il est entendu que tous les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à ma charge.**

Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en présentant une demande à la Financière Manuvie, en consultant son site Web à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature du patient

Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Renseignements sur le patient

Nom et prénom du patient

Adresse postale du patient (n°, rue)

Ville

Province

Code postal

Date de la blessure (jj/mmmm/aaaa)

Date de la première consultation concernant la blessure (jj/mmmm/aaaa)

Veillez décrire la blessure.

La blessure a-t-elle été subie en cours d'emploi?

Oui Non

Si les soins ont été dispensés à l'hôpital, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital et fournir des précisions.

Hôpital

Adresse de l'hôpital

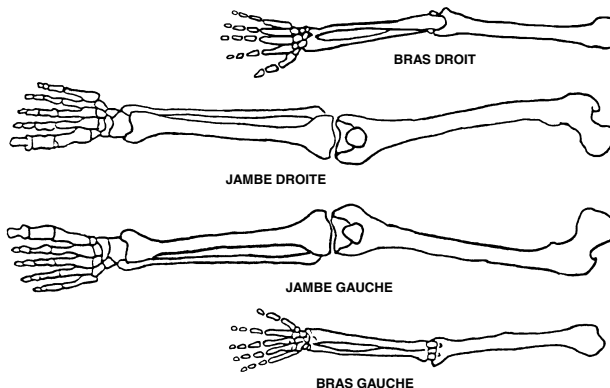
Précisions

La blessure décrite est-elle l'**unique** cause de la perte?
Si non, veuillez préciser les facteurs ayant contribué à la perte et indiquer le nom et l'adresse des autres médecins consultés.

Oui Non

3 Perte d'un membre

Veillez indiquer l'endroit de l'amputation.



Date (jj/mmmm/aaaa)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Suite à la page 4

4 Perte de la vue

L'accident a-t-il entraîné la perte totale de la vue?

Oui Non Si oui, s'agit-il des deux yeux? de l'œil droit seulement? de l'œil gauche seulement?

À votre avis, le degré de vision peut-il être amélioré?

Oui Non Si oui, par quel moyen? Traitement Opération Verres

Veillez indiquer le degré de vision de chaque œil avant l'accident.

Œil droit (échelle de Snellen)

Œil gauche (échelle de Snellen)

L'accident a-t-il entraîné l'ablation d'un œil?

Oui Non Si oui, s'agit-il des deux yeux? de l'œil droit seulement? de l'œil gauche seulement?

Date de l'ablation (jj/mmmm/aaaa)

Veillez indiquer vos recommandations.

Veillez indiquer le degré de vision actuel de chaque œil.

Œil droit (échelle de Snellen)

Œil gauche (échelle de Snellen)

5 Autres pertes

Précisez la nature et la gravité des troubles résultant de la blessure.

La perte est-elle permanente et irréparable?

--

Remarques

6 Autorisation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission, ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Spécialiste diplômé

Téléphone (y compris l'indicatif régional)

()

Adresse (n°, rue, ville, province, code postal)

Télécopieur (y compris l'indicatif régional)

()

Signature du médecin

Date (jj/mmmm/aaaa)

Présentation du formulaire

Vous pouvez remettre le formulaire dûment rempli à votre patient ou l'envoyer directement à l'adresse appropriée :

Financière Manuvie
Règlements Vie, Collective
P. O. Box 1030, Stn Central
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5

Si vous habitez au Québec :

Financière Manuvie
Règlements Vie, Collective
C. P. 395, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1