

Ministère de la Défense nationale  
Demande de prestations  
du Régime d'assurance mutilation accidentelle (RAMA)  
Financière Manuvie  
Police numéro 906906

LA DEMANDE DOIT COMPRENDRE LES FORMULAIRES SISIP FS INS 12F (PARTIE I, PAGES 1 ET 2) ET SISIP FS INS 13F (PARTIE II, PAGES 1 ET 2)

Directives à l'intention du personnel des Forces canadiennes

***Dans la cadre du RAMA, une indemnité forfaitaire est versée pour une mutilation accidentelle ou une perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe attribuable au service militaire et dans la mesure où elle découle d'une blessure extérieure, violente ou accidentelle.***

Veuillez remplir et signer le formulaire SISIP FS INS 12F (partie I, pages 1 et 2) et demander à votre médecin traitant de remplir le formulaire SISIP FS INS13F (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 prévue pour vos réponses n'est pas suffisant, veuillez utiliser d'autres feuilles (y inscrire votre nom et numéro matricule) et les joindre au formulaire.

Une fois les formulaires dûment remplis, veuillez joindre une copie du formulaire CF98 (Rapport de blessures), si disponible, remplie et envoyer le tout directement à La Maritime à l'adresse ci-dessous.

Financière Manuvie  
Bureau des prestations du RARM  
CP 1030  
2727, Joseph Howe Drive  
Halifax, NE B3J 2X5



Ministère de la Défense nationale  
Demande de prestations du  
Régime d'assurance mutilation accidentelle (RAMA)  
Financière Manuvie  
Police numéro 906906

Partie I: DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PERSONNEL DES FC

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>				
Adresse postale				
<input type="text"/>				
C.P., route rurale, etc.				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ville	Prov.	Code postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
No. de téléphone à domicile	(encercler) travail/cellulaire/télé avertisseur			

**CHECK ONE ONLY:**

Regular Force       P Res Class A

Released             P Res Class B

Reserve Class C

**2. DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION**

A. Selon le tableau des prestations (voir l'annexe A ci-jointe), veuillez préciser la mutilation ou la perte de l'utilisation pour laquelle vous présentez cette demande:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Date à laquelle l'accident s'est produit:	C. Date de votre première rencontre avec le médecin pour vous faire soigner:
_____ Jour      Mois      Année	_____ Jour      Mois      Année

D. Lieu où l'accident s'est produit:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F. Expliquer la raison pour laquelle vous croyez que la mutilation ou la perte de l'utilisation est imputable au service militaire (selon l'OAFC 24-6, paragraphe 30):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. Nom et adresse postale de votre médecin traitant:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. 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 ma demande et annuler mon assurance 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 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 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 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 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 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 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 mon médecin, de tels renseignements ne pourront m'être divulgués que par mon 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 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 demandeur\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

## Tableau des prestations

Le plein montant d'assurance pour les membres de la **Force régulière** et les membres de la **Force de réserve de classe C** = 250 000\$

Première réserve de classe A et B:

Le plein montant d'assurance pour les membres de **classe A** et les membres de **classe B à court terme** = 100 000\$

Le plein montant d'assurance pour les membres de **classe B à long terme** = 250 000\$

---

### Le plein montant d'assurance pour la perte\*:

des deux mains  
des deux pieds  
d'une main et d'un pied  
de la vue dans les deux yeux  
d'une main et de la vue dans un œil  
d'un pied et de la vue dans un œil  
de l'ouïe  
de la parole

### La moitié du plein montant d'assurance pour la perte\*:

de la vue dans un œil  
d'une main  
d'un pied

### Le quart du plein montant d'assurance pour la perte\*:

Du pouce et de l'index de la même main

\* L'expression « perte » tel qu'elle est utilisée plus haut signifie également la perte de l'utilisation.

\* L'expression « perte » signifie la perte totale et irrémédiable.

**Le montant total versé pour toute perte subie par un membre des FC et découlant d'un seul accident ne doit pas excéder le montant total de l'assurance.**



**Déclaration du médecin traitant  
Demande de prestations du  
Régime d'assurance mutilation accidentelle (RAMA)  
Financière Manuvie  
Police numéro 906906**

**Partie II — DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Numéro matricule: \_\_\_\_\_

Nom de famille du patient: \_\_\_\_\_

Prénom(s): \_\_\_\_\_

**DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION**

1. Date de votre première rencontre avec le patient concernant les blessures qu'il a subies: \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

2. Date du dernier traitement du patient: \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

3. Veuillez décrire la nature exacte des blessures subies, l'endroit et l'étendue de ces dernières:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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:  
 \_\_\_\_\_

B. Date de l'amputation: \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

5. Si l'accident a causé la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, veuillez préciser la date de cette occurrence: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 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. \_\_\_\_\_

B. Quel était le pourcentage de vision dans chaque œil avant l'accident? \_\_\_\_\_  
 Gauche      Droite

C. Quel est pourcentage actuel de vision dans chaque œil?  
 Gauche      Droite

7. Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de la parole, veuillez préciser la date de cette occurrence: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

A. Quel était le pourcentage de l'ouïe dans chaque oreille avant l'accident?  
 Gauche      Droite

B. Quel est pourcentage actuel de l'ouïe dans chaque oreille?  
 Gauche      Droite

C. Le port d'un appareil auditif améliore-t-il l'ouïe?    Oui  Non

9. La blessure est-elle la seule cause de la perte?    Oui  Non   
 Si vous avez répondu « Non », veuillez préciser toute(s) cause(s) contributrice(s):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

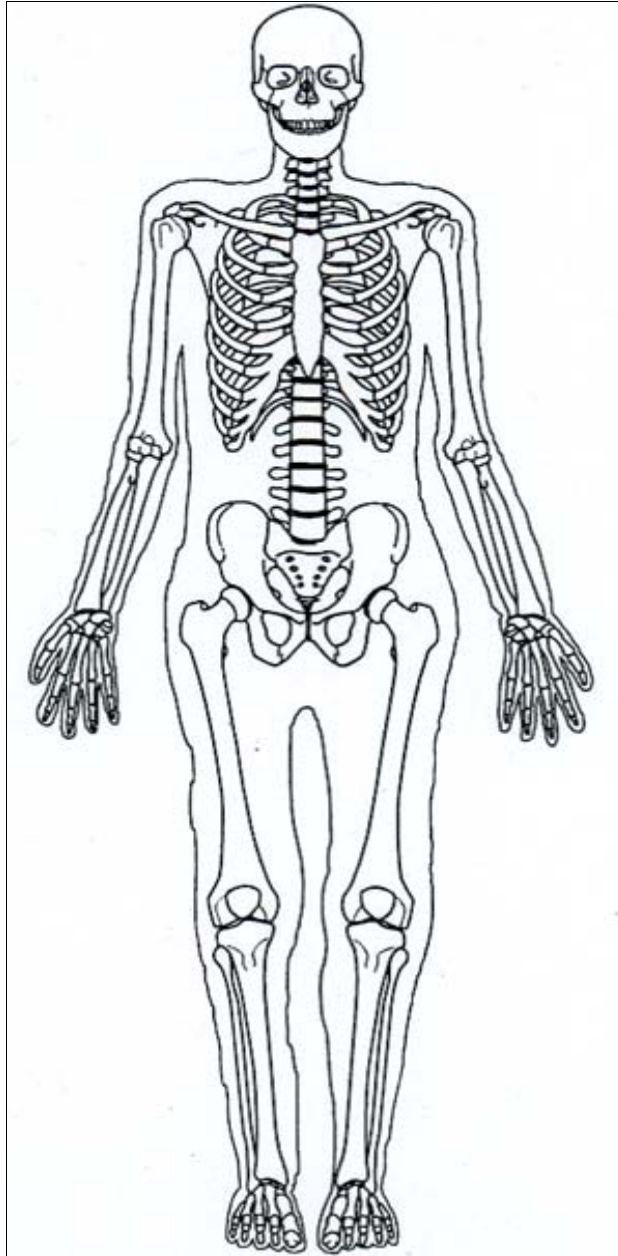
**PROTÉGÉ B (une fois rempli)**

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

Numéro matricule:

--

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'affaire)

Numéro de téléphone du médecin traitant

(	)								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du médecin traitant

Signature du médecin traitant

Jour

Mois

Année

**PROTÉGÉ B (une fois rempli)**