

**ASSURANCE-INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)  
FORMULAIRES DE DEMAND DE RÈGLEMENT  
CONTRAT N° 901102**

Avant de présenter ces formulaires, veuillez effectuer les vérifications suivantes :

1. Les documents «Déclaration du membre», «Autorisation de divulgation et de renonciation», «Entente relative aux prestations» et «l'Autorisation de divulger des renseignements» ont bien été remplis et datés et les signatures appropriées ont été apposées aux endroits pertinents.
2. La partie «Identification/Autorisation du patient» de la «Déclaration du médecin traitant» doit être remplie et signée. Il faut ensuite présenter le formulaire au médecin traitant du membre afin qu'il puisse le remplir. Le médecin fera parvenir le formulaire dûment rempli accompagné des documents demandés directement à La Maritime, compagnie d'assurance-vie (nota : l'une des enveloppes préaffranchies est fournie à cette fin).

À noter que la demande d'indemnisation ne sera étudiée que lorsque TOUS les documents requis auront été acheminés à :

La Maritime, compagnie d'assurance-vie  
C.P. 1030  
7, place Maritime  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5

Aux soins de : Services financiers du RARM

Nota: Veuillez noter que des enveloppes préaffranchies et préadressées sont disponibles au bureau de votre gestionnaires des cas du MDN.

## **Avant de retourner vos documents d'adhésion, assurez-vous de ...**

- signer la Déclaration du participant;
- signer l'Autorisation de divulgation et de renonciation;
- signer l'Entente relative aux prestations;
- signer l'Autorisation de divulguer des renseignements du ministère des Anciens combattants (le cas échéant);
- signer la section «Identification/autorisation du patient» de la Déclaration du médecin traitant;
- soumettre ladite section de la Déclaration du médecin traitant au médecin militaire;
- joindre une copie de votre Sommaire des dossiers personnels des militaires (SDPM-490A) des FC;
- remplir toutes les sections, apporter tout changement nécessaire et vérifier toutes les pages recto verso.

## **En vue de préparer votre rencontre avec le conseiller en réadaptation et en recyclage professionnel du SF RARM, veuillez répondre aux questions suivantes :**

- Quels sont vos objectifs de seconde carrière?
- Quelles sont vos compétences polyvalentes et vos objectifs de recyclage?
- Le SPSC participera-t-il à votre programme de recyclage? Avez-vous communiqué avec lui?
- Quels types de cours ou de recyclage vous intéressent?
- L'horaire des cours offerts vous convient-il (dates de début et de fin des cours)?
- Quelles sont vos ressources à l'égard des frais à engager (frais de scolarité, matériel, déplacements, etc.)?
- Quels sont les cours préalables exigés, le cas échéant?
- En quoi le recyclage vous aidera-t-il à atteindre vos objectifs de seconde carrière?
- Devrez-vous déménager?
- Avez-vous discuté de vos objectifs de seconde carrière avec vos proches?
- Le régime AIP du RARM vous permet-il de travailler et vous encourage-t-il à le faire? Vous êtes-vous assuré un emploi après votre libération?
- Le SF RARM est-il en mesure de fournir de la formation ou du soutien à court terme en vue d'une occasion d'emploi précise?

**Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous.**

## Assurance-invalidité prolongée Déclaration du membre

Contrat n° 901102

### DIRECTIVES

Le présent formulaire doit être rempli par le membre des Forces canadiennes et présenté avec la Déclaration du médecin traitant.

À noter qu'il vous incombe de fournir les pièces justificatives établissant votre droit à toucher des prestations et que vous devez assumer tous les frais que pourrait exiger votre médecin pour la préparation des documents requis. **La Maritime, compagnie d'assurance-vie étudiera votre demande d'indemnité seulement lorsqu'elle aura reçu ces documents.**

### IDENTIFICATION

### PRIÈRE D'ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom : \_\_\_\_\_ Homme  Femme   
(Nom de famille) (Prénom) (Initiale)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(N° et rue) (Ville) (Province) (Code postal)

N° de téléphone (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
jj mm aa

\*N° d'assurance sociale : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Occupation militaire : \_\_\_\_\_  
\*Requis aux fins de l'impôt sur le revenu

N° de matricule : \_\_\_\_\_ Rang : \_\_\_\_\_ N<sup>b</sup>e d'années de service : \_\_\_\_\_

État matrimonial : Célibataire  Marié  Divorcé  Séparé  Conjoint de fait  Autre

Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_ Âges \_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que votre demande de prestations d'invalidité prolongée doit être reçue à nos bureaux dans un délai de 120 jours après votre date de libération des Forces Canadiennes.**

**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**

NUMÉRO DE MATRICULE \_\_\_\_\_

**ÉTUDES**

ÉTUDES	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	ENDROIT	NIVEAU TERMINÉ	CERTIFICAT OU DIPLÔME
Primaire _____				
Secondaire _____				
Collège _____				
Université _____				
COURS DE PERFECTIONNEMENT MILITAIRE	CONTENU DU COURS		DURÉE	
(1) _____	_____		_____	
(2) _____	_____		_____	
(3) _____	_____		_____	
(4) _____	_____		_____	
(5) _____	_____		_____	
AUTRE :				
(1) _____	_____			
(2) _____	_____			
(3) _____	_____			
(4) _____	_____			

**EXPÉRIENCES DE TRAVAIL**

**Expérience de travail avant le service militaire :**

Employeur	Emploi/Poste	Année de début	Durée
_____	_____	_____	_____ ans
_____	_____	_____	_____ ans
_____	_____	_____	_____ ans

**Expérience de travail dans les Forces canadiennes :**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**

**INFORMATION RELATIVE À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Quel est votre diagnostic ? \_\_\_\_\_

Quand les symptômes se sont-ils manifestés pour la première fois ? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj mm aa

La maladie/blessure est-elle reliée au travail ?

- Oui  
 Non

Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'invalidité est-elle attribuable à une blessure ?

Oui  Non

Endroit \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Heure approx. \_\_\_\_\_

Veuillez décrire votre maladie ou votre blessure et expliquer de quelle façon celle-ci vous empêche de travailler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si votre invalidité résulte d'un accident, ou d'un accident d'automobile, avez-vous entamé des poursuites contre un tiers ?

Oui  Non

Des accusations criminelles sont-elles en instance ?

Oui  Non

Si oui, nom de votre avocat : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : (\_\_\_\_) -\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Exercez-vous un travail quelconque ?  Oui  Non

Si oui, nature du travail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Date de début du travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Permanent/temps plein  Temps partiel

Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre problème de santé ?  Oui  Non

Si oui, nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**

NUMÉRO DE MATRICULE \_\_\_\_\_

Si vous travaillez en dehors des Forces canadiennes, veuillez énumérer les fonctions de votre poste en indiquant les heures par semaine ou le pourcentage du temps consacré à chaque fonction par jour.

Fonctions	Temps/Pourcentage
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

**Exigences physiques :** Parmi les activités suivantes, indiquez celles que vous accomplissez dans le cadre des fonctions que vous exercez dans les Forces canadiennes, en précisant la fréquence et le temps consacré à chacune.

	Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Tout le temps		Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Tout le temps
Soulever plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporter plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 20 et 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 20 et 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 10 et 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 10 et 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 5 et 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 5 et 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heures/jour</b>					<b>Heures/jour</b>				
Rester assis	_____				Se tenir debout	_____			
Marcher	_____				Conduire	_____			
Fréquence					Fréquence				
Monter des escaliers	_____ fois par jour				Allonger les bras au-dessus des épaules	_____ fois par jour			
Grimper dans une échelle	_____ fois par jour				Allonger les bras au niveau des épaules	_____ fois par jour			
S'accroupir	_____ fois par jour				Allonger les bras en bas des épaules	_____ fois par jour			
Se pencher	_____ fois par jour				Ramper/Se mettre à genoux	_____ fois par jour			

**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**



**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**

NUMÉRO DE MATRICULE \_\_\_\_\_

Dans quelle mesure êtes-vous capable d'exercer les fonctions suivantes :

FONCTION	AUCUNE LIMITATION	LIMITÉ (heures/jour)	LIMITATION TOTALE	DÉTAILS
Vous tenir debout	_____	_____	_____	_____
Rester assis	_____	_____	_____	_____
Marcher	_____	_____	_____	_____
Vous accroupir	_____	_____	_____	_____
Pousser	_____	_____	_____	_____
Tirer	_____	_____	_____	_____
Conduire	_____	_____	_____	_____
Grimper des escaliers	_____	_____	_____	_____

	Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Tout le temps		Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Tout le temps
Soulever plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporter plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 20 et 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 20 et 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 10 et 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 10 et 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 5 et 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 5 et 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A) Activités de la vie quotidienne :**

- |       |   |
|-------|---|
| _____ | 1. Normal.  |
| _____ | 2. J'éprouve un certain degré de difficulté.  |
| _____ | 3. Je ne peux effectuer plusieurs activités quotidiennes sans aide. Encore aucun soutien pour les soins personnels de base. |
| _____ | 4. J'ai besoin d'aide pour la plupart des activités quotidiennes.   |
| _____ | 5. J'ai besoin d'une aide considérable pour toutes les activités de la vie quotidienne.                                     |

**B) Fonctionnement social :**

- |       |  |
|-------|--|
| _____ | 1. Normal.   |
| _____ | 2. Perturbation minime des interactions sociales.                                  |
| _____ | 3. Contact minime en dehors des membres de la famille/amis proches.                |
| _____ | 4. Replié sur moi-même ou renfermé, même avec les membres de ma famille immédiate. |

**C) Concentration et rythme :**

- |       |  |
|-------|--|
| _____ | 1. Normal.   |
| _____ | 2. Tâches/fonctions exécutées correctement, mais quelques-unes avec une certaine lenteur.  |
| _____ | 3. Tâches relativement routinières exécutées avec difficulté et effort.  |
| _____ | 4. Je suis incapable de porter une attention soutenue à quelque chose ou d'exécuter des tâches moyennement complexes (p. ex. préparer des repas, payer des factures, magasiner). |
| _____ | 5. Je suis incapable d'exécuter des tâches simples (p. ex. me peigner, me laver les dents).  |

**PROTÉGÉ «B» (une fois rempli)**

**AUTRES REVENUS**

**La prestation mensuelle totale éventuellement payable en vertu de ce contrat représente au moins 75 % du montant de base applicable, une fois prises en compte toutes les autres prestations pertinentes. En plus de fournir les renseignements demandés ci-dessous, vous devez absolument nous aviser de tout changement futur relatif à ces prestations.**

Avez-vous présenté une demande d'indemnité auprès :

a) **du Régime de pensions du Canada (RPC) ou de la Régie des rentes du Québec (RRQ) :** Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 jj mm aa  
 Oui  
 Non

Situation actuelle :  En suspens  Acceptée  Refusée  En appel (Fournir une copie de toute correspondance reçue.)

Si acceptée : Quelle est votre prestation? \_\_\_\_\_\$/mois Date de prise d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Ne pas inclure les prestations reliées aux personnes à charge.) jj mm aa

b) **des Anciens combattants Canada (ACC) :** Personne-ressource au ACC: \_\_\_\_\_  
 Oui  
 Non N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Situation actuelle :  En suspens  Acceptée  Refusée  En appel Date d'appel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Fournir une copie de toute correspondance reçue.) jj mm aa

Si acceptée : Prestation de \_\_\_\_\_\$/mois ou \_\_\_\_% (incluant les sommes applicables aux personnes à charge)

Date de prise d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Somme forfaitaire :  Oui  Non Si oui, somme forfaitaire de \_\_\_\_\_\$

c) **Autres prestations (s'il y a lieu) :**

Prestation	Oui	Non	Montant	Date de prise d'effet jj/mm/aa	Précisions
Programme d'aide au placement civil des anciens militaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Loi sur l'indemnisation des agents de l'État (Réservistes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Assurance emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Régime de retraite d'employeur (Réservistes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	
Autres prestations d'assurance invalidité collective (Réservistes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	

**QUESTIONNAIRE SUR LA RÉADAPTATION**

1. Que comptez-vous faire une fois sorti des Forces canadiennes ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si vous avez un projet de travail définitif : a) Nature du travail : \_\_\_\_\_

b) Endroit : \_\_\_\_\_

c) Gains : \_\_\_\_\_

2. Quel genre de travail ou de formation vous intéresserait ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Seriez-vous disposé à déménager afin d'accroître vos chances d'emploi/de formation ?  Oui  Non

Réservé au bureau :

Informez le demandeur qu'un conseiller en réadaptation le rencontrera dans les 30 jours suivant la réception des documents de demande de règlement dûment remplis, le cas échéant.

Le demandeur a-t-il été avisé ?  Oui  Non

Si non, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature du demandeur**

\_\_\_\_\_  
**Date**



La Maritime 

**AUTORISATION DE DIVULGATION ET DE RENONCIATION**  
**Contrat n° 901102**

Par les présentes, j'autorise La Maritime, compagnie d'assurance-vie, à transmettre à tout médecin, à tout hôpital, au Régime de pensions du Canada, au ministère des Anciens combattants, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, aux autorités de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* et au Titulaire de contrat tout renseignement médical qu'elle pourrait avoir en sa possession, notamment des dossiers et rapports d'hôpitaux, déclarations de médecin, antécédents d'hospitalisation, dossiers cliniques, résultats de radiographies et de tests de laboratoire, ainsi que tout antécédent médical pertinent me concernant. Je déclare être assuré auprès de La Maritime, compagnie d'assurance-vie, en vertu du contrat n° 901102 (SF RARM).

J'autorise également tout médecin, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement de santé, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou toute autre entreprise, institution ou personne qui détient un dossier ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, à transmettre ceux-ci à La Maritime, compagnie d'assurance-vie.

Je dégage expressément La Maritime, compagnie d'assurance-vie, et le ministère de la Défense nationale de toute responsabilité reliée à la divulgation de ces renseignements.

Cette autorisation demeure valable pour la durée entière de l'étude de la demande de règlement et pour toute période d'indemnisation ultérieure pouvant découler de cette demande de règlement présentée en vertu du contrat susmentionné.

J'autorise par ailleurs La Maritime, compagnie d'assurance-vie, et le Titulaire du contrat à transmettre à un tiers tout renseignement personnel pouvant faciliter l'évaluation et la vérification de ma demande de règlement ou encore l'administration du contrat.

Une photocopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'original.

**Fait le** \_\_\_\_\_ **jour de** \_\_\_\_\_ **de l'année** \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur** \_\_\_\_\_

**Nom en caractères d'imprimerie :** \_\_\_\_\_

**Témoin** \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-INVALIDITÉ PROLONGÉE  
ENTENTE RELATIVE AUX PRESTATIONS  
CONTRAT N° 901102**

**NOM DU MEMBRE :** \_\_\_\_\_ **N° DE MATRICULE :** \_\_\_\_\_

**DEST. : LA MARITIME, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE, HALIFAX, N.-É. (LA «COMPAGNIE»)**

1. Je soussigné, \_\_\_\_\_, suis conscient que la prestation mensuelle totale éventuellement payable en vertu du contrat SF RARM n° 901102 représente au moins 75 % du montant de base applicable, une fois prises en compte toutes les autres prestations pertinentes. Je suis également conscient que la présente entente a pour but de permettre à La Maritime, compagnie d'assurance-vie, de verser la prestation intégrale en attendant de recevoir les prestations des autres sources pertinentes, notamment le Régime de pensions du Canada, le Régime des rentes du Québec, la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance automobile du Québec et la *Loi sur les pensions*.
2. Je CONVIENS que, si des prestations me sont versées de la part des autres sources pertinentes énumérées ci-dessus, moi ou mes héritiers, liquidateurs testamentaires, administrateurs ou représentants personnels rembourserons à la Compagnie, immédiatement à sa demande, le montant des prestations versées en trop en vertu du SF RARM n° 901102.
3. Je CONVIENS ÉGALEMENT de présenter immédiatement une demande d'indemnisation auprès de ces autres sources pertinentes et, dans l'éventualité où j'omettrais de présenter une telle demande, de rembourser à la Compagnie, immédiatement à sa demande, le montant intégral des prestations qui m'auraient été versées si j'avais présenté les demandes en question.
4. Je CONVIENS ÉGALEMENT d'aviser la Compagnie par écrit, dans un délai de 30 jours, de la réception de toute prestation versée par l'une ou l'autre de ces autres sources pertinentes.
5. DANS L'ÉVENTUALITÉ où j'omettrais ou serais incapable d'aviser la Compagnie conformément à la Clause 4 ci-dessus, j'autorise le Régime de pensions du Canada, le Régime des rentes du Québec, la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, La Régie de l'assurance-automobile du Québec et le ministère des Anciens combattants à transmettre au Titulaire de contrat et à la Compagnie toutes les précisions concernant les prestations payables ou versées à mon endroit et je conviens que la transmission de la présente entente à ces instances constitue une condition juridique suffisante à la divulgation de ces renseignements.
6. Je suis ÉGALEMENT CONSCIENT que la Compagnie peut, conformément aux dispositions du contrat SF RARM et de la présente entente, rectifier, réduire ou interrompre mes prestations mensuelles en fonction des indemnités que je pourrais avoir touchées des autres sources pertinentes.
7. J'ACCEPTÉ ÉGALEMENT de rembourser à la Compagnie toute prestation d'assurance-invalidité prolongée ou d'assurance mutilation versée en trop.

**Fait à** \_\_\_\_\_ **en ce jour de** \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature du demandeur**

\_\_\_\_\_  
**Témoin**



### **AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS**

Toute prestation d'invalidité versée (rétroactivement ou non, ou ultérieurement) par Anciens combattants Canada à la personne soussignée doit être retranchée (coordination par réduction directe) de la prestation mensuelle d'invalidité prolongée que ladite personne touche en vertu du SF RARM.

\_\_\_\_\_  
**Nom**

\_\_\_\_\_  
**Prénom**

\_\_\_\_\_  
**Numéro matricule**

J'autorise expressément Anciens combattants Canada à divulguer à La Maritime, compagnie d'assurance-vie, Services financiers du RARM, les renseignements concernant mon admissibilité aux prestations en vertu de ma demande à ce ministère.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

Nous avons besoin des renseignements suivants portant sur toute prestation qui a été ou qui sera versée au client, à son conjoint et à ses enfants à charge (s'il y a lieu) :

La date et l'état de toute demande de prestation (traitement en cours ou terminé), y compris :

- a. la date d'effet et le taux des prestations accordées (le pourcentage et le montant en dollars) ou de tout rajustement à celles-ci;
- b. les conditions médicales faisant l'objet de chaque demande et la pension payable pour chacune des conditions;
- c. la date du chèque initial de prestations.

**NOTE : Nous acceptons les photocopies de la feuille de calculs.**

La Maritime, compagnie d'assurance-vie  
Services financiers du RARM  
Case postale 1030  
7, place Maritime  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5  
Sans frais : 1 800 565-0701

**A L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT:**

**DOB:** \_\_\_\_\_

**DOR:** \_\_\_\_\_

**SIN:** \_\_\_\_\_

---

Dès réception des formulaires du participant, nous devons communiquer avec ce dernier par téléphone afin d'achever l'évaluation de sa demande de prestations d'invalidité prolongée. Veuillez indiquer les heures et les jours de semaine qui vous conviennent le mieux pour procéder à l'entretien téléphonique en question. Veuillez également fournir le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre durant les heures que vous avez indiquées et **nous retourner la présente** avec votre *Déclaration du participant* dûment remplie.

Dates de disponibilité durant la semaine : \_\_\_\_\_

Heures de disponibilité : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant**  
**Contrat n° 901102**

Directives :

1. Le patient doit avoir rempli la partie «Identification/Autorisation du patient ».
2. À titre de médecin traitant, vous devez remplir le reste du formulaire et envoyer directement celui-ci à :

La Maritime  
7, place Maritime  
C.P. 1030  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5

Aux soins de : Services financiers du RARM

Note : Une enveloppe préaffranchie est fourni pour plus de commodité.

**VEUILLEZ  
PRENDRE NOTE**  
S'il y a des frais exigés  
pour remplir la présente  
déclaration ou toute  
déclaration du médecin  
traitant future, ceux-ci  
sont à la charge du  
patient/demandeur.



# Assurance-invalidité prolongée

## Déclaration du médecin traitant

Contrat n° 9011 02

### PARTIE A – IDENTIFICATION / AUTORISATION DU PATIENT

<b>À REMPLIR PAR LE PATIENT</b>	<b>Nom du patient :</b>		<b>Date de naissance : (jj/mm/aa)</b>	
	_____		____/____/____	
	Nom de famille	Prénom		
	<b>Adresse :</b>			
	Rue	Ville	Province	Code postal
<b>Autorisation :</b>				
Je soussigné autorise mon médecin traitant à transmettre à La Maritime, compagnie d'assurance-vie, ainsi qu'au Titulaire de contrat tout renseignement demandé dans le cadre de cette demande de règlement.				
Signature du demandeur		N° de matricule	Date	
<p><b>VEUILLEZ PRENDRE NOTE. S'il y a des frais exigés pour remplir la présente déclaration ou toute déclaration du médecin traitant future, ceux-ci sont à la charge du patient/demandeur.</b></p>				

### PARTIE B – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Le présent formulaire a pour but :
  - d'obtenir des renseignements médicaux objectifs sur les aptitudes fonctionnelles de votre patient; et
  - de permettre à La Maritime de concilier les déficiences de votre patient avec les exigences de diverses activités professionnelles.
- Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge de votre patient.
- Ce formulaire nous permettra d'établir un calendrier raisonnable de demandes de mise à jour de renseignements médicaux, de sorte que vous recevrez moins de demandes de cette nature dans l'avenir.

### 1. ANTÉCÉDENTS

Date de l'accident ou date d'apparition des premiers symptômes	____/____/____
Date du premier traitement	jj / mm / aa
Le patient a-t-il cessé de travailler en raison de son état de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de cessation du travail :	jj / mm / aa
Au cours des 12 mois précédant la plus récente manifestation des symptômes, le même problème ou un problème similaire a-t-il été diagnostiqué ou traité chez le patient ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, expliquer et préciser les dates : _____	
_____	
_____	
Avez-vous rempli une demande d'indemnisation auprès de la CSST, du RPC ou de la RRQ, de la Loi sur les pensions ou de tout autre fournisseur d'assurance-maladie à la suite de la plus récente période d'absence de votre patient ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONFIDENTIEL (une fois rempli)

**2. TESTS/RENVOIS**

Taille actuelle : \_\_\_\_\_ Poids actuel : \_\_\_\_\_

Quels tests avez-vous prescrits pour confirmer le diagnostic et les capacités restantes actuels ?

*Tests (y compris les tests cliniques)*

**PRIÈRE D'ENVOYER UNE COPIE DE TOUT HÉMOGRAMME, RADIOGRAPHIE ET RAPPORT DE CONSULTATION PAR UN SPÉCIALISTE**

- 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

D'autres tests/consultations doivent-ils être effectués avant qu'un diagnostic ferme puisse être posé ou un traitement entrepris ?

Oui  Non

Si oui, expliquer et préciser les dates : \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous adresser votre patient à des spécialistes ?

Oui Non

*Nom du spécialiste*

*Spécialité*

*Date prévue de la consultation*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Le patient a-t-il été hospitalisé ?

Oui  Non

**PRIÈRE D'ENVOYER UNE COPIE DU RELEVÉ DE CONGÉ DE L'HÔPITAL S'IL EST DISPONIBLE**

Si oui, nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. DIAGNOSTIC**

**Veillez ne pas recourir à des descriptions subjectives, p. ex. douleur, etc.**

**PRINCIPAL :** \_\_\_\_\_

**AUTRE :** 1) \_\_\_\_\_

(contribuant à la période actuelle d'absence au travail) 2) \_\_\_\_\_

Autre (Veillez décrire tout autre problème de santé évolutif et important, qu'il soit relié au problème principal ou non) :

*Si votre patient a des problèmes d'ordre psychiatrique, veuillez remplir la partie Psychiatrie (n° 5).*

**État cardiaque (s'il y a lieu)**

Capacité fonctionnelle (American Heart Association)

Catégorie 1 (aucune limitation)  Catégorie 2 (légère limitation)  Catégorie 3 (limitation marquée)  Catégorie 4 (limitation complète)

Ce classement est-il fondé sur les résultats d'un ECG ?

Oui  Non Date du test \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Veillez nous fournir une copie du rapport pertinent.)**

jj mm aa

Tension artérielle (dernière consultation)

Systolique \_\_\_\_\_ Diastolique \_\_\_\_\_ Date de lecture : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jj mm aa

#### 4. DÉFICIENCES

Aucune déficience (la capacité fonctionnelle de ce patient est généralement adéquate ou normale peu importe le milieu).

Déficience uniquement en milieu de travail (la capacité fonctionnelle de ce patient est généralement adéquate à l'extérieur du milieu de travail).

Expliquer :

Déficience (pour chaque catégorie, ne cocher qu'un élément d'évaluation).

##### A) Activités de la vie quotidienne

- 1) Normal.
- 2) Éprouve un certain degré de difficulté.
- 3) Ne peut effectuer plusieurs activités quotidiennes sans aide. Encore aucun soutien pour les soins personnels de base.
- 4) A besoin d'aide pour la plupart des activités quotidiennes.
- 5) A besoin d'une aide considérable pour toutes les activités de la vie quotidienne.

##### B) Fonctionnement social

- 1) Normal.
- 2) Perturbation minime des interactions sociales.
- 3) Contact minime en dehors des membres de la famille ou des amis proches.
- 4) Replié sur lui-même ou renfermé, même avec les membres de la famille immédiate.

##### C) Concentration et rythme

- 1) Normal.
- 2) Tâches ou fonctions exécutées correctement, mais quelques-unes avec une certaine lenteur.
- 3) Tâches relativement routinières exécutées avec difficulté et effort.
- 4) Incapable d'accorder une attention prolongée à quelque chose ou d'exécuter des tâches moyennement complexes (p. ex. préparer des repas, payer des factures, magasiner).
- 5) Incapable d'exécuter des tâches simples (p. ex. se peigner, se laver les dents).

##### D) Capacité d'adaptation

- 1) Normal.
- 2) Adaptation adéquate, mais réagit aux situations de stress avec un certain degré d'angoisse ou d'agitation.
- 3) Difficulté évidente sur le plan de la capacité d'adaptation. Réagit au stress avec beaucoup d'angoisse ou d'agitation.
- 4) Détresse ou angoisse marquée face au stress. A besoin d'aide pour les situations les plus complexes ou nouvelles.
- 5) Extrême agitation, panique ou détérioration marquée face au stress, ou a des hallucinations ou des illusions persistantes.

**5. PSYCHIATRIE**

À remplir si l'invalidité actuelle de votre patient est liée à des problèmes d'ordre psychiatrique.

Diagnostic selon les axes de I à IV (Catégories/terminologie du DSM de préférence. Les termes comme «angoisse», «dépression», «stress» doivent être qualifiés et décrits)

**Axe I – Troubles psychiatriques importants faisant actuellement l'objet d'un traitement**

- 1.
- 2.

**Axe II – Troubles de la personnalité, troubles cognitifs, déficience mentale**

- 1.
- 2.

**Axe III – Autres troubles médicaux**

- 1.
- 2.

**Axe IV – Facteurs psychosociaux et facteurs de stress** (indiquer si le stress est passé, avec dates, ou continu)

- 1.
- 2.

**L'ASSURÉ EST-IL EN MESURE D'ENDOSSER DES CHÈQUES ET D'EN ADMINISTRER LES SOMMES ?**       **Oui**    **Non**

**6. TRAITEMENT**

Veuillez indiquer lesquels des traitements suivants sont actuellement administrés. Préciser les médicaments actifs et leur dose, les thérapies et leur fréquence, etc.

<input type="checkbox"/> Médication	Médicament : _____	Dose : _____
	Médicament : _____	Dose : _____
	Médicament : _____	Dose : _____
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	Fréquence : _____	Clinique : _____
<input type="checkbox"/> Psychothérapie	Fréquence : _____	Psychothérapeute : _____
<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale	Type : _____	Chirurgien : _____
<input type="checkbox"/> Autre : (veuillez préciser)	_____	

Le patient se conforme-t-il au traitement recommandé ?       **Oui**    **Non**   Si non, expliquer \_\_\_\_\_

À la suite du traitement, l'état de santé du patient s'est :       **Amélioré**    **Détérioré**    **Aucun changement**    **Stabilisé**

Commentaires : (traitements futurs envisagés, résultats attendus, etc.)

**CONFIDENTIEL (une fois rempli)**

**7. CAPACITÉS  
FONCTIONNELLES**

Veillez indiquer les LIMITATIONS MÉDICALES DIRECTES (risque, tort ou danger) imposées à l'exécution des tâches physiques ci-dessous. Indiquer les raisons de la limitation.

Tâche	Aucune limitation	Durée limitée	Fréquence limitée	Limitation totale	Raisons/Limitation
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pousser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**8. PRONOSTIC**

(Indiquer des délais précis. Éviter le terme «indéterminé»)

Dans combien de temps prévoyez-vous que votre patient sera fonctionnellement rétabli de sa maladie ou blessure ? \_\_\_\_\_ jours/semaines/mois (encercler)

Si nous vous présentions un plan de retour au travail actif, seriez-vous en mesure de nous aider à établir les limitations médicales du patient ou vous faudrait-il nous adresser à un spécialiste ?

Oui  
 Non, opinion d'un spécialiste requise

Avez-vous discuté avec votre patient de vos attentes communes en matière de rétablissement ou de retour au travail ?

Oui                       Non

**9. REMARQUES**

Veillez fournir toute information additionnelle susceptible de nous aider à évaluer les limitations professionnelles de votre patient.

Autres remarques :

*Nous vous remercions de votre collaboration. Pour nous aider dans notre évaluation, nous vous saurions gré de nous fournir une copie des documents suivants sur votre patient :*

- a) Résultats de tests, dont hémogrammes, radiographies, ECG, épreuves d'effort, IRM, etc.
- b) Notes cliniques à partir de la date de la première visite du patient reliée au problème actuel.
- c) Rapports de consultation des spécialistes.

**Nom du médecin traitant (EN MAJUSCULES) :** \_\_\_\_\_

**N° de téléphone :** (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Adresse**

Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE. S'il y a des frais exigés pour remplir la présente déclaration ou toute déclaration du médecin traitant future, ceux-ci sont à la charge du patient/demandeur.**

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date (jj-mm-aa)