



Déclaration du médecin  
traitant (DMT) supplémentaire  
**Assurance invalidité prolongée**  
Manuvie Contrat collectif  
n° 901102 / 911104 / 911105



**Partie I — À REMPLIR PAR LE PATIENT/REQUÉRANT**

Réclamation de prestations  
d'AIP n° \_\_\_\_\_

**1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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. (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 Manuvie et/ou la Financière SISIP à effectuer, au besoin, des recherches quant à cette demande de prestations d'invalidité prolongée.

Je comprends que Manuvie et/ou la Financière SISIP 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 Manuvie et/ou la Financière SISIP le jugent nécessaire :

- l'évaluation de cette demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée à la Financière SISIP;
- l'administration de la police en vertu de laquelle j'ai présenté une demande;
- l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi Manuvie et/ou la Financière SISIP 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 Manuvie et/ou la Financière SISIP 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 Manuvie et/ou la Financière SISIP et d'autres personnes (société ou particulier), firmes ou agences retenues par Manuvie et/ou la Financière SISIP, 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 Manuvie et/ou la Financière SISIP ont obtenu des renseignements médicaux sensibles d'une personne autre que mon médecin, de tels renseignements ne peuvent m'être communiqués 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 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*, la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ou autres lois provinciales équivalentes et ils vous seront fournis sur demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient/requérant

\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

**Partie II — À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

**INSTRUCTIONS AU MÉDECIN POUR REMPLIR LE FORMULAIRE**

Veillez fournir tous les renseignements et les documents demandés dans ce formulaire de sorte que nous puissions mieux comprendre l'ampleur de la maladie du patient/requérant et les déficiences qui en découlent. On se fondera sur les renseignements fournis pour déterminer si le patient a droit à des prestations continues.

- Instructions :
- 1) Prière d'écrire en lettres moulées.
  - 2) Veuillez retourner le formulaire rempli et les documents connexes au patient/requérant ou les poster directement à Manuvie, Services SISIP, C.P. 1030, 2727, Joseph Howe Drive, Halifax NS B3J 2X5.
  - 3) **Tout frais imputé pour remplir ce formulaire est à la charge du patient/requérant.**

**Identification du patient/requérant :**

Numéro matricule (NM)	Nom de famille	Prénom	Initiales

**1. DIAGNOSTIC – (Veillez éviter les descriptions subjectives, p. ex. douleur, etc.)**

Veillez fournir une copie de toute preuve médicale pertinente (p. ex. rapport de consultation des spécialistes, d'évaluation, de sortie d'hôpital, de chirurgie) qui, selon vous, pourrait aider à clarifier l'état de santé du patient.

Diagnostic primaire actif : \_\_\_\_\_

Troubles physiques actifs (autres que ceux liés à l'invalidité primaire) : \_\_\_\_\_

Troubles psychologiques actifs (autres que ceux liés à l'invalidité primaire) : \_\_\_\_\_

Veillez énumérer les symptômes actifs du patient : \_\_\_\_\_

Veillez énumérer de manière objective les constatations cliniques liées aux troubles actifs du patient : \_\_\_\_\_

Veillez énumérer de manière objective tout résultat pertinent des enquêtes accompagné des dates correspondantes : \_\_\_\_\_

**2. DÉFICIENCES PHYSIQUES FONCTIONNELLES ACTUELLES**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catégorie 1 – capable d'exercer des activités professionnelles intenses | <input type="checkbox"/> Catégorie 4 – capable d'exercer des activités professionnelles sédentaires |
| <input type="checkbox"/> Catégorie 2 – capable d'exercer des activités professionnelles modérées | <input type="checkbox"/> Catégorie 5 – incapable d'exercer un emploi rémunérateur                   |
| <input type="checkbox"/> Catégorie 3 – capable d'exercer des activités professionnelles légères  |   |

Veillez décrire les effets précis des troubles médicaux physiques du patient sur sa capacité actuelle de travailler : \_\_\_\_\_

Tâche	Aucune limitation	Durée limitée	Fréquence limitée	Limitation totale	Raison/Limitation
être debout :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
être assis :	<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"/>	_____

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

Numéro matricule (NM)

**3. CAPACITÉ**

Le patient a-t-il la capacité d'endosser des chèques et de prévoir la destination de l'argent? Oui  Non

Dans la négative, depuis quelle date? \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**4. DÉFICIENCES PSYCHIATRIQUES FONCTIONNELLES ACTUELLES**

- Catégorie 1 – symptômes absents ou minimes et fonctionnement professionnel essentiellement normal
- Catégorie 2 – symptômes mineurs et dysfonction sur le plan professionnel
- Catégorie 3 – symptômes modérés et dysfonction sur le plan professionnel
- Catégorie 4 – symptômes graves et dysfonction sur le plan professionnel

Veillez décrire les effets précis des troubles psychiatriques du patient sur sa capacité actuelle de travailler : \_\_\_\_\_

**5. 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 \_\_\_\_\_

**6. 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, counseling, 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 la sortie de l'hôpital \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année Jour Mois Année  
 Établissement \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_
- D) Conformité : le patient suit-il le traitement recommandé? Oui  Non , Dans la négative, veuillez préciser \_\_\_\_\_
- E) Veuillez indiquer la fréquence des visites : hebdomadaires  mensuelles  autre , veuillez préciser \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_

