FINANCIÈRE SISIP FINANCIAL
A division of CFMWS
Une division des SBMFC

Financière Manuvie

Demande d'assurance invalidité pour les conjoints

Financière Manuvie
Contrat collectif n° 901107

LA DEMANDE DOIT COMPRENDRE LE FORMULAIRE D'ASSURANCE DES SF SISIP 46F, PARTIE I, PAGES 1 À 3, ET PARTIE II, PAGES 1 À 3

Directives

Veuillez remplir et signer le formulaire d'assurance des SF RARM 46F, partie 1 (page 1 à 3). Veuillez compléter l'autorisation du patient / requérant à la partie II (page 1) de la déclaration du médecin traitant. Demandez ensuite à votre médecin traitant de remplir cette déclaration..

Veuillez noter que vous devez assumer les coûts découlant des démarches prises pour remplir ces formulaires.

Une fois les formulaires dûment remplis, veuillez envoyer le tout directement au bureau de la Financière Manuvie, services SISIP, 2727, promenade Joseph Howe, C.P. 1030 Halifax NS B3J 2X5

Critères d'admissibilité

Veuillez lire les renseignements ci-dessous afin de bien comprendre les critères d'admissibilité exigés pour toucher des prestations du Régime d'assurance invalidité pour les conjoints.

« Invalidité totale » signifie que la personne assurée souffre d'une maladie, d'une blessure ou d'un problème de santé grave et prolongé pour lequel on a pu établir un diagnostic, confirmé par un examen médical ou psychiatrique accepté, et qui a occasionné des déficiences qui répondent à tous les critères suivants :

(i) On peut mesurer la déficience au moyen d'un examen médical ou psychiatrique accepté et par le biais d'une procédure diagnostique, d'un test et d'une enquête;

(ii) le médecin spécialiste de la personne assurée a confirmé ce qui suit par écrit à l'Assureur :

- (a) la personne assurée souffre d'une déficience depuis une période d'au moins six mois consécutifs;
- (b) la mise en application de directives médicales établies permet d'arriver à la conclusion que la déficience pourrait durer pendant au moins douze mois consécutifs de plus;

(iii) les traitements, les médicaments et l'aide appropriés ont été prescrits, suivis et utilisés comme il se doit par l'assuré et n'ont pas réussi à produire une amélioration suffisante de la déficience qui permettrait de modifier la situation concernant l'invalidité totale;

(iv) lorsque la déficience est physique :

- (a) La personne assurée ne peut participer à aucune des activités décrites dans au moins deux des « Catégories d'activités » énumérées dans l'annexe A;
- (b) l'assuré est paraplégique, quadriplégique ou hémiplégique.

(v) lorsque la déficience est mentale :

- (a) l'assuré ne peut comprendre et traiter des renseignements pertinents à la prise de décision concernant ses propres soins de santé, son alimentation, son logement, son habillement, son hygiène et sa situation financière, et il est également incapable d'évaluer les conséquences relativement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision;
- (b) la déficience mentale correspond aux critères diagnostiques d'un état mental reconnu dans la plus récente version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

« Déficience » signifie la perte ou l'anormalité de la structure du corps ou des fonctions physiologiques ou psychologiques.

FINANCIÈRE SISIP FINANCIAL
A division of CFMWS
Une division des SBMFC

Financière Manuvie

Régime d'assurance invalidité pour les conjoints

Déclaration du requérant

Financière Manuvie
Contrat collectif nº 901107

PARTIE I : LE TITULAIRE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE DOIT REMPLIR CETTE SECTION.

1. Renseignements sur le titulaire de l'attestation d'assurance

Numéro matricule (NM) | Grade | Nom | Prénom | Initiales | No. d'assurance sociale

Adresse postale | Nº tél. au domicile ( )

CP, route rurale, etc. | (encercler) Nº travail/cellulaire/téléavertisseur ( )

Ville | Prov | Code postal | Adresse électronique

2. Renseignements sur le requérant (s'il ne s'agit pas du titulaire de l'attestation d'assurance)

Nom | Prénom | Initiales

Adresse postale (si différente de celle du membre)

Date de naissance : Jour Mois Année

Ville | Prov | Code postal

Le requérant est-il un membre ou un membre libéré des Forces canadiennes? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, indiquer le numéro matricule (NM)

Si le requérant est un membre libéré, indiquer la date de libération : Jour Mois Année

3. Détails sur la déclaration du requérant

A. Nature du handicap (diagnostic) :

B. Indiquer la date du début de votre invalidité : Jour Mois Année

C. Votre invalidité est-elle considérée comme : ☐ Permanente ☐ Temporaire

D. L'invalidité dure-t-elle – ou doit-elle durer – aux moins 12 mois consécutifs? ☐ Oui ☐ Non

E. De quelle façon votre maladie ou blessure vous empêche-t-elle de vaquer à vos occupations quotidiennes? Veuillez préciser :

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

3. Détails sur la déclaration du requérant (suite)

F. i) Consultez-vous actuellement un médecin pour votre maladie ou blessure? ☐ Non ☐ Oui (Fournir les coordonnées du médecin à la section 4).

ii) Quelle est la fréquence de vos consultations? ☐ À chaque semaine ☐ Aux deux semaines ☐ À chaque mois ☐ Aux deux mois ☐ Autre

iii) Date de la première consultation : _____ (Jour Mois Année)

iv) Date de la dernière consultation : _____ (Jour Mois Année)

v) Quel genre de traitement recevez-vous actuellement (physiothérapie, médicaments, etc.)?

G. Avez-vous consulté d'autres médecins depuis le début de votre maladie ou depuis que vous êtes blessé? ☐ Non ☐ Oui (dans l'affirmative, veuillez fournir les coordonnées de ces médecins à la section 4).

H. Avez-vous fait une demande de prestations d'invalidité à un tiers, p. ex. un assureur automobile? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, à qui et quel est l'état de la demande?

I. Nombre d'enfants dont vous êtes responsables : _____

Nom(s) : _____

Date(s) de naissance : _____ (Jour Mois Année)

J. Observations : Veuillez donner tous les détails que vous jugez utiles.

4. MÉDECIN TRAITANT/SPÉCIALISTES

Nom du médecin traitant : (prière d'écrire en caractères d'imprimerie ou d'inclure une carte professionnelle)	Spécialité
Adresse du médecin traitant	N° tél. du médecin traitant
Nom du médecin spécialiste actuel, s'il y a lieu : (prière d'écrire en caractères d'imprimerie ou de joindre une carte professionnelle)	Spécialité
Adresse du médecin spécialiste	N° tél. du médecin spécialiste

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

5. 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 cette demande si je fournis des renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs.

J'autorise la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM à effectuer, au besoin, des recherches quant à cette demande de prestations d'invalidité pour les conjoints.

Je comprends que la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM devront recueillir et échanger certains renseignements à l'égard du requérant au cours de leur enquête, y compris tout renseignement, dossier ou autre information à l'égard des antécédents et traitements médicaux (ci-après appelés « renseignements personnels ») du requérant.

Les renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM le jugent nécessaire 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 :

- 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'assurances ou réassureur;
- tout courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, l'employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement aux avantages sociaux des employés;
- 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 les renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels fournis ou que la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM ont recueillis seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux individus autorisés. Parmi ces derniers, on compte les employés de la Financière Manuvie ou des Services financiers du RARM et d'autres personnes (société ou particulier) firmes ou agences retenues par la Financière Manuvie 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 ou les Services financiers du RARM ont obtenu des renseignements médicaux sensibles d'une personne autre que le médecin du patient, la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM ne pourront divulguer de tels renseignements que par le 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 doive faire appel à la Financière Manuvie pour des services se rapportant à cette déclaration.
Un exemplaire 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 titulaire du certificat	Jour	Mois	Année	Signature du requérant (s'il ne s'agit pas du titulaire du certificat)	Jour	Mois	Année

FINANCIÈRE SISIP FINANCIAL
A division of CFMWS
Une division des SBMFC

Régime d'assurance invalidité pour les conjoints
Déclaration du médecin traitant
Financière Manuvie
Contrat collectif nº 901107

Financière Manuvie

AUTORISATION DU PATIENT/REQUÉRANT

Prénom | Nom | Initiales

J'autorise par la présente la communication à la Financière Manuvie et aux Services financiers du RARM de toute information nécessaire dans le cadre de cette demande.

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 patient/requérant

Jour Mois Année

PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Directives :
1) Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.
2) Veuillez remettre le formulaire dûment rempli et les pièces jointes au patient/requérant ou directement au bureau des prestations du RARM de la Financière Manuvie, 2727, promenade Joseph Howe, C.P. 1030 Halifax NS B3J 2X5.
3) **Tous frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient/requérant.**

1. DIAGNOSTIC (Veuillez joindre des exemplaires des rapports de consultation pertinents.)

A. Veuillez décrire tout problème de santé actif et important. Catégories ou terminologie du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de préférence. Les termes comme « angoisse », « dépression » et « stress » doivent être qualifiés et décrits.)

B. Le diagnostic ci-dessus a-t-il été confirmé par un médecin spécialiste? ☐ Non ☐ Oui (veuillez préciser à la section 5).

C. i) À quel moment le patient/requérant a-t-il été atteint d'invalidité grave d'ordre fonctionnel à la suite du diagnostic ci-dessus? Veuillez fournir des détails.

Jour Mois Année

ii) Le patient/requérant est-il atteint d'invalidité depuis au moins six mois consécutifs? ☐ Oui ☐ Non

2. TRAITEMENT

A. Date de l'hospitalisation du patient : Jour Mois Année

B. Date du congé : Jour Mois Année

B. i) Nature du traitement (p. ex. date et type de chirurgie, traitement médical dont la médication, le type, la dose et la fréquence) :

ii) Le patient/requérant se conforme-t-il au traitement recommandé, prend-il les médicaments prescrits et utilise-t-il l'aide recommandée comme il se doit? ☐ Oui ☐ Non

iii) Quels sont vos plans de traitement?

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

3. CAPACITÉS FONCTIONNELLES

A. Si le patient/requérant a un problème **de santé** évolutif et important tel qu'il est indiqué dans la section 1A, veuillez répondre aux questions suivantes (se reporter aux définitions de « catégories d'activités » figurant à l'annexe A) :

i) Le patient/requérant est-il en mesure de veiller à ses soins personnels? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, veuillez préciser quel(s) soin(s) personnel(s) le patient/requérant ne peut effectuer actuellement. Veuillez préciser :

S'alimenter ☐ Oui ☐ Non S'habiller ☐ Oui ☐ Non Soins d'hygiène personnelle ☐ Oui ☐ Non

ii) Le patient/requérant est-il en mesure de marcher sur une distance de 50 m sur un sol horizontal en ayant recours à une aide s'il y a lieu?

☐ Oui ☐ Non

iii) Le patient/requérant est-il capable de s'acquitter d'activités ménagères d'ordre général? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, veuillez préciser quelle(s) activité(s) ménagère(s) le requérant ne peut exécuter actuellement. Veuillez préciser :

Garde d'enfants ☐ Oui ☐ Non Préparation des aliments ☐ Oui ☐ Non Entretien de la maison ☐ Oui ☐ Non

B. Si le patient/requérant a un diagnostic **psychiatrique** évolutif et important tel qu'il est indiqué à la section 1A, veuillez formuler votre opinion sur sa capacité actuelle de prendre des décisions raisonnablement rationnelles en ce qui a trait à ce qui suit (veuillez préciser) :

i) Soins d'hygiène personnelle ☐ Oui ☐ Non

ii) Alimentation ☐ Oui ☐ Non

iii) Logement ☐ Oui ☐ Non

iv) Vêtements ☐ Oui ☐ Non

v) Hygiène ☐ Oui ☐ Non

vi) Finances personnelles ☐ Oui ☐ Non

vii) Le patient/requérant est-il capable d'évaluer et de comprendre les conséquences relativement prévisibles de décisions relatives à ce qui précède? ☐ Oui ☐ Non (veuillez préciser)

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

4. PRONOSTIC

A. Quelle est votre opinion au sujet du pronostic du patient/requérant pour la prochaine année, en supposant un traitement approprié et que le patient/requérant se conforme au traitement recommandé :

B. Croyez-vous que la ou les condition(s) affecteront toujours le patient/requérant d'ici 12 mois ou plus? ☐ Oui ☐ Non (veuillez préciser)

5. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Remarques :

6. MÉDECIN TRAITANT/MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nom du médecin traitant : (prière d'écrire en caractères d'imprimerie ou d'inclure une carte professionnelle)	Spécialité
Adresse du médecin traitant	Nº Tél. du médecin traitant
Nom du médecin spécialiste, le cas échéant : (prière d'écrire en caractères d'imprimerie ou d'inclure une carte professionnelle)	Spécialité
Adresse du médecin spécialiste	Nº Tél. du médecin spécialiste

7. DÉCLARATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements susmentionnés sont exacts.

Signature du médecin traitant

Jour Mois Année

Annexe des catégories d'activités

CATÉGORIE A : *SOINS PERSONNELS*—alimentation, habillement et hygiène personnelle, tels que ces termes sont définis;

CATÉGORIE B : *MOBILITÉ*—capacité de marcher, en ayant recours à une aide s'il y a lieu, sur une distance d'au moins 50 m sur un sol horizontal;

CATÉGORIE C : *ACTIVITÉS MÉNAGÈRES*—garde d'enfants, entretien de maison et préparation des aliments, tels que ces termes sont définis.

S'HABILLER

« S'habiller » signifie la capacité de retirer des vêtements des placards et tiroirs, de les enfiler et de les enlever, y compris des sous-vêtements et des vêtements de dessus, d'utiliser des attaches et des appareils orthopédiques, le cas échéant, et de mettre et d'enlever des membres artificiels, s'il y a lieu.

S'ALIMENTER

« S'alimenter » signifie la capacité de se nourrir une fois le repas préparé et servi. Plus précisément, il s'agit de la capacité d'apporter de la nourriture et des boissons à la bouche, de mastiquer et d'avaler. Cette définition n'englobe pas la préparation des aliments.

HYGIÈNE PERSONNELLE

« Hygiène personnelle » signifie la capacité de veiller à la propreté raisonnable du corps. La définition comprend aussi la capacité de continence, soit la capacité de contrôler la vessie et les selles, y compris la capacité d'utiliser des fournitures pour incontinence et stomie ou d'autres dispositifs tels que des cathéters.

GARDE D'ENFANTS

« Garde d'enfants » signifie la capacité d'offrir des soins physiques, par exemple, d'habiller, de nourrir et de baigner un enfant qui est incapable de subvenir à ses propres besoins.

ENTRETIEN DE MAISON

« Entretien de maison » signifie la capacité d'accomplir des tâches ménagères générales, y compris, entre autres, faire le marché, passer l'aspirateur, épousseter, et faire la vaisselle et la lessive.

PRÉPARATION DES ALIMENTS

« Préparation des aliments » signifie la capacité de préparer et de servir de simples repas.