

Déclaration initiale du médecin traitant

- Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :
 - Assurance-vie de base et facultative
 - Décès et mutilation accidentels
 - Rente de survie

Un formulaire incomplet peut retarder l'étude de la demande de règlement de votre patient.

Voir les directives à la page 2.

Étude de la demande

Pour étudier la demande d'exonération de prime, nous vous demandons, ainsi qu'à votre patient et au promoteur de régime, de fournir des renseignements afin d'étudier les restrictions et les limitations à la lumière des exigences de l'emploi.

Autorisation du patient

Votre patient est tenu de remplir, de signer et de dater la section « Autorisation du patient » dans la partie supérieure de la page 3 avant que le formulaire puisse être envoyé à la Financière Manuvie.

Ce que vous devez faire

- Répondre à toutes les questions pertinentes en lettres moulées.
 - Fournir copie des rapports de consultation, d'évolution et d'examens diagnostiques.
-

Paiement des honoraires

Les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire et rédiger les documents qui l'accompagnent sont à la charge du patient.

Envoi du formulaire

Vous pouvez remettre le formulaire dûment rempli à votre patient ou l'envoyer directement à la Financière Manuvie, à l'adresse figurant ci-dessous.

1 Autorisation du patient

À être remplie par le patient.

Nom et prénom	Contrat n°	Certificat n°
J'autorise par la présente que soient communiqués à mon assureur tous renseignements médicaux figurant dans mon dossier, y compris copie des dossiers d'hospitalisation, liés à la présente demande de règlement. Je reconnais que les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge.		
Signature du patient		Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Déclaration du médecin traitant
Diagnostic

a) Diagnostic principal

b) Autres diagnostics ou complications

c) S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, veuillez indiquer le score EGF.

 Score EGF

 d) S'il s'agit d'un trouble cardiaque, veuillez indiquer la capacité fonctionnelle selon la classification de l'*American Heart Association*.

 Classe I (aucune limitation) Classe II (légère limitation)
 Classe III (limitation marquée) Classe IV (limitation complète)

3 Renseignements cliniques

Veuillez noter que nous avons besoin de connaître les limitations de votre patient et leurs répercussions sur ses capacités fonctionnelles. Pour permettre aux agents d'indemnisation d'évaluer l'invalidité découlant de ces limitations, veuillez fournir des documents à l'appui, comme des rapports, des notes et des résultats de tests.

a) À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?

 (jj/mmmm/aaaa)

b) Depuis quand votre patient souffre-t-il de cette affection?

 (jj/mmmm/aaaa)

c) L'affection est-elle attribuable à

 une blessure un accident de travail un accident d'automobile Autre (précisez)
 une maladie

d) Quelles sont les dates de la première et de la dernière visite, et quelle est la fréquence des visites?

 Première visite (jj/mmmm/aaaa) Dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

 Fréquence des visites
 Hebdomadaire Tous les 15 jours Mensuelle Autre (précisez)

 e) Quels sont les **symptômes** subjectifs du patient?

 f) Comment les **symptômes** ont-ils évolué à ce jour? (Veuillez indiquer la fréquence et la gravité.)

g) Quelles ont été vos premières **constatations cliniques**?

h) Quelles sont vos dernières **constatations cliniques**?

Restrictions et limitations

(i) Veuillez nous faire part de vos commentaires sur les limitations physiques découlant de cette affection, notamment par rapport aux activités suivantes : soulever des objets, marcher, se tenir debout, s'agenouiller, s'asseoir, effectuer des mouvements répétitifs, transporter des objets et ainsi de suite.

(ii) Veuillez indiquer les limitations cognitives ou mentales découlant de cette affection, notamment par rapport à ce qui suit : compréhension et mémoire, concentration soutenue, interaction sociale, capacité de travailler en respectant des échéances, capacité de s'adapter aux changements et ainsi de suite.

j) Votre patient est-il

<input type="radio"/> ambulatoire?	<input type="radio"/> alité?	<input type="radio"/> hospitalisé?
<input type="radio"/> ambulatoire en utilisant des aides fonctionnelles?	<input type="radio"/> obligé de rester chez lui?	

k) Quels sont la taille et le poids actuels de votre patient, et sa main dominante?

Taille actuelle	Poids actuel	Main dominante <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Droite
-----------------	--------------	---

l) **Si** le patient est hypertendu, veuillez indiquer les trois dernières mesures de sa tension artérielle.

Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)

m) **Si** le patient souffre d'un trouble visuel, veuillez indiquer l'acuité visuelle et la date du dernier examen.

Avec des verres correcteurs OD OS	Sans verres correcteurs OD OS	Date du dernier examen (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

n) **Si** la patiente est enceinte, donnez la date présumée de l'accouchement.

Date présumée de l'accouchement (jj/mmmm/aaaa)
--

4 Examens diagnostiques

Veillez joindre copie de tous les rapports de consultation et d'examens diagnostiques (radiographies, scintigrammes, données de laboratoire, etc.).

5 Traitement

a) Nom de tous les autres médecins ou professionnels de la santé traitants/consultés

NOM DU PRATICIEN	TYPE DE PRATICIEN	VU OU SERA VU LE (jj/mmmm/aaaa)

b) Médicaments actuels

NOM	POSOLOGIE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

c) Autres formes de traitement ou de thérapie

TYPE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

d) Hospitalisations

DATE DE L'ADMISSION (jj/mmmm/aaaa)	DATE DU CONGÉ (jj/mmmm/aaaa)	ÉTABLISSEMENT	RAISON (Date de la chirurgie, s'il y a lieu)

e) Réponse au traitement

<input type="radio"/> Rétablissement	Commentaires
<input type="radio"/> Amélioration	
<input type="radio"/> Aucun changement	
<input type="radio"/> Régression	

f) Votre patient suit-il le traitement recommandé?

Oui Non **Si non, veuillez fournir des précisions.**

g) Précisions sur tout changement **proposé** au traitement, y compris à la date de la chirurgie (si elle est connue), aux examens, aux médicaments, à la thérapie

6 Capacité

Croyez-vous que votre patient a la capacité d'endosser des chèques et de donner des directives sur leur affectation?

Oui Non **Si non, depuis quand?**

Date (jj/mmmm/aaaa)

7 Restriction relative au permis

Le permis de conduire de votre patient ou tout permis nécessaire pour exercer sa profession ont-ils été restreints ou révoqués en raison de l'affection actuelle?

Oui Non **Si oui, quand votre patient pourra-t-il demander la remise en vigueur du permis?**

Date (jj/mmmm/aaaa)

8 Remarques

Veillez inclure tous commentaires ou renseignements qui, d'après vous, pourraient nous aider à comprendre les restrictions et les limitations du patient; les capacités fonctionnelles; la durée prévue de l'affection, etc.

Nom du médecin traitant (écrire en lettres moulées)		
Spécialité	Téléphone (y compris l'indicatif régional) ()	Télécopieur (y compris l'indicatif régional) ()
Adresse (numéro, rue)		
Ville	Province	Code postal
Signature		Date (jj/mmmm/aaaa)

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie auquel pourraient avoir accès le patient, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par la loi.