

**Régime d'assurance Protection Accidents****Formulaire initial de demande de règlement**

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Par la poste :**

Manuvie, l'assurance individuelle  
Service Protection Accidents  
P.O. Box 670, Stn Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4B8  
Tél. : 1 888 477-5450  
Télééc. : 416 687-5111  
Télééc. sans frais : 1 800 363-5123

**Par messagerie :**

Manuvie, l'assurance individuelle  
Service Protection Accidents  
250 Bloor St. East  
Toronto (Ontario) M4W 1E5  
Tél. : 1 888 477-5450  
Télééc. : 416 687-5111  
Télééc. sans frais : 1 800 363-5123

Nous savons qu'il s'agit ici d'une étape qui est souvent bien difficile à franchir. C'est pourquoi nous avons rédigé le présent document pour vous aider à soumettre une demande de règlement au titre de votre contrat souscrit auprès de Manuvie. À toutes fins utiles, vous trouverez ci-joint une liste de contrôle. Si vous avez des questions au sujet des renseignements demandés, composez le numéro sans frais **1 888 477-5450** et demandez à parler à un représentant du service à la clientèle. Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 8 h à 17 h, heure de l'Est.

Pour évaluer la demande de règlement, nous aurons besoin des renseignements et documents suivants :

(1) renseignements médicaux à l'appui de votre demande de règlement; (2) date exacte du sinistre; et (3) renseignements financiers (si votre couverture est **supérieure à 2 000 \$** par mois).

Veillez consulter votre contrat avant de soumettre votre demande de règlement, car celle-ci sera évaluée en fonction des dispositions contractuelles. Selon votre couverture, les prestations pourraient n'être payables qu'en cas d'accident (au sens du contrat).

**Votre contrat comporte une clause d'exclusion relative aux problèmes de santé préexistants, au cours des 12 mois qui suivent immédiatement la date d'effet de la couverture. Pour obtenir plus de précisions, veuillez consulter les définitions du contrat et l'exclusion relative aux affections préexistantes.**

Le formulaire ci-inclus doit être rempli de façon aussi complète que possible et tous les renseignements nécessaires doivent être soumis avant que la demande de règlement puisse être traitée. Vous pouvez vous aider de la liste de contrôle ci-dessous pour vous assurer que tous les documents indiqués sont fournis. Nous serons malheureusement dans l'impossibilité de prendre une décision en temps opportun si les formulaires fournis sont incomplets ou s'il manque des documents. Nous vous conseillons de conserver une copie de tous les formulaires remplis relativement à votre demande.

**LISTE DE CONTRÔLE – DEMANDE DE RÈGLEMENT :**

- Déclaration du demandeur** – Veuillez fournir autant de précisions que possible et donner les réponses qui s'imposent aux questions 10 à 13. N'hésitez pas à fournir tout renseignement additionnel qui pourrait nous aider à évaluer votre demande.
- Déclaration de l'employeur** – Doit être remplie par votre employeur actuel (ou par vous-même, si vous êtes travailleur autonome).
- Déclaration du médecin traitant** – Doit être remplie par le médecin qui vous a traité(e).
- Consentement au dépôt direct** – Remplissez et signez le formulaire de consentement et joignez-y un chèque annulé sur lequel figure votre nom et votre adresse actuelle.
- Copie de votre dernière **déclaration de revenus**, si votre prestation d'invalidité mensuelle **dépasse 2 000 \$**, et l'**État des résultats des activités de votre entreprise**, si vous êtes travailleur autonome.
- Facture**, si votre demande de règlement porte sur le **transport en ambulance**.

## Régime d'assurance Protection Accidents Formulaire initial de demande de règlement

ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques.\*

\*Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Par la poste :**

Manuvie, l'assurance individuelle  
Service Protection Accidents  
P.O. Box 670, Stn Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4B8  
Tél. : 1 888 477-5450  
Télec. : 416 687-5111  
Télec. sans frais : 1 800 363-5123

**Par messagerie :**

Manuvie, l'assurance individuelle  
Service Protection Accidents  
250 Bloor St. East  
Toronto (Ontario) M4W 1E5  
Tél. : 1 888 477-5450  
Télec. : 416 687-5111  
Télec. sans frais : 1 800 363-5123

### DÉCLARATION INITIALE DU DEMANDEUR : À remplir par le demandeur - Nouvelle demande seulement

Numéro(s) de police : \_\_\_\_\_

1. Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

2. Numéro et rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

3. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Profession actuelle : \_\_\_\_\_

Veillez nommer et décrire les tâches importantes de votre emploi :

\_\_\_\_\_

4. Période au cours de laquelle vous étiez totalement invalide : du (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ au (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

5. Période au cours de laquelle vous étiez partiellement invalide : du (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ au (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

6. Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

7. Médecins consultés au cours des 2 dernières années. (Continuer la liste sur papier libre au besoin)

Nom	Adresse	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison

8. Avez-vous déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non Le cas échéant, donner la date (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Détails : \_\_\_\_\_

9. Si vous demandez des prestations d'hospitalisation, **veuillez donner les dates:** du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

### À REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT SEULEMENT

10. Date et heure de l'accident : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Dommages corporels/pertes : \_\_\_\_\_

Décrivez en détail comment l'accident est survenu (Joindre un diagramme ou une feuille supplémentaire au besoin) : \_\_\_\_\_

11. Si vous demandez des prestations pour services d'ambulance, **veuillez joindre la facture.**

### À REMPLIR EN CAS DE MALADIE SEULEMENT

12. Date de l'apparition des premiers symptômes : \_\_\_\_\_ Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

### À COMPLÉTER SI VOUS RÉCLAMEZ DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ-ACCIDENT OU MALADIE

	Début du service des prestations (jj/mmmm/aaaa)	Prestations mensuelles/hebdomadaires (PRÉCISER) :
<input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité Assurance automobile		
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)		

**Si vous êtes travailleur autonome**, veuillez joindre une photocopie de la déclaration d'impôt que vous avez déposée auprès de Revenu Canada pour l'année qui précède la date de l'invalidité. **Si vous n'êtes pas travailleur autonome**, veuillez joindre une photocopie du feuillet T4 pour l'année qui précède la date de l'invalidité.

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR : À remplir par l'employeur (À remplir par le demandeur, s'il est travailleur autonome)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Titre et fonctions de l'employé : \_\_\_\_\_

Premier jour d'absence du travail pour cause d'invalidité (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ S'agit-il d'une réclamation liée à la C.S.S.T.?  Oui  Non

Si oui, numéro de la réclamation : \_\_\_\_\_

Reprise du travail à temps partiel (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ S'agit-il d'une demande liée à une assurance collective?  Oui  Non

Si oui, préciser le montant admissible au paiement : \_\_\_\_\_

Reprise du travail à temps plein (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Nom de l'assurance collective de l'employeur : \_\_\_\_\_

Signature et titre de l'employeur : \_\_\_\_\_ Date (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION ET CONSENTEMENT

La présente section porte sur l'usage que nous faisons de vos renseignements personnels; veuillez la lire attentivement.

**En apposant votre signature à la page 2, vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à communiquer et à conserver vos renseignements personnels et vous acceptez les méthodes par lesquelles nous le faisons.**

Vous ne pouvez modifier la section d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet. Si vous souhaitez retirer votre consentement, consultez la section ci-dessous.

### Vos renseignements personnels sont confidentiels

Nous savons qu'il est important pour vous que la confidentialité de vos renseignements personnels soit protégée, et nous tenons à vous assurer que nous y accordons la même importance. Les renseignements personnels sont essentiels à l'exercice de nos activités, car ils nous permettent d'évaluer et d'administrer les demandes de règlement présentées au titre de votre contrat(s).

### Collecte des renseignements personnels

Outre les renseignements personnels que vous donnez dans le présent formulaire, nous pouvons recueillir :

- des renseignements au moyen d'une évaluation du crédit ou de solvabilité, y inclus le recours à la surveillance vidéo;
- des renseignements sur votre emploi auprès de votre employeur;

### Utilisation des renseignements personnels

Nous pouvons utiliser aux fins suivantes les renseignements personnels que nous recueillons :

- confirmer votre identité et vous identifier d'une manière distinctive;
- confirmer l'exactitude des renseignements recueillis;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires;
- mener des recherches pour vous retracer et mettre à jour vos coordonnées dans nos dossiers;
- effectuer une enquête sur une demande de règlement, et évaluer et administrer sur une base continue les dossiers relatifs aux demandes de règlement présentées au titre du contrat.

### Communication des renseignements personnels

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels aux personnes, fournisseurs de services et organismes suivants :

- nos sociétés affiliées, employés et mandataires qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches;
- les réassureurs concernés;
- l'Agence du revenu du Canada;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment :
  - les enquêteurs de sinistres et organismes d'enquête,
  - les fournisseurs de services de traitement et de stockage de l'information, de programmation, d'impression, de courrier et de distribution,
- votre conseiller et toute agence qui emploie votre conseiller ou l'a désigné comme son agent, directement ou indirectement, ainsi que leurs employés;
- le Bureau de renseignements médicaux (BRM), comme l'explique l'avis compris dans la proposition originale d'assurance invalidité, si vous avez acheté produit à tarification;
- les personnes à qui vous avez accordé l'accès à ces renseignements; et
- les personnes légalement autorisées à examiner vos renseignements personnels.

Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être communiqués conformément aux lois de ces territoires de compétence.

### Protection et conservation des renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté dans un dossier individuel. Nous conserverons les renseignements personnels que nous recueillons pendant la plus longue des périodes suivantes :

- période prescrite par la loi et par les directives établies pour l'industrie des services financiers; ou
- période nécessaire pour procéder à une enquête, et pour évaluer et administrer le dossier relatif à la présente demande de règlement et à toute demande de règlement ultérieure au titre de votre contrat(s).

### Retrait du consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions ou conservions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour évaluer et administrer le dossier relatif à la demande de règlement sur une base continue.

**Si vous retirez votre consentement ou si votre consentement n'est pas suffisant, vous convenez que cela peut entraîner les conséquences suivantes jusqu'à ce qu'un consentement suffisant soit donné :**

- aucune prestation ne sera payable si vous retirez votre consentement avant que la demande de règlement ne soit évaluée et traitée;
- vous ne pourrez exercer aucun des droits que vous confère le contrat sans notre consentement.

**Pour retirer votre consentement** à ce que nous recueillions, utilisions ou communiquions vos renseignements personnels, vous pouvez appeler en tout temps notre Centre de service à la clientèle au 1 888 477-5450 ou écrire à notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

### Votre droit de consulter vos renseignements personnels ou de recevoir des renseignements additionnels

Vous pouvez demander à obtenir une copie de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels. Vous pouvez également demander à vérifier vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers et faire corriger toute donnée inexacte en envoyant une demande écrite au :

Bureau de la protection des renseignements personnels – Marchés des groupes et affiliés  
Manuvie, Del Stn 500-4A, P.O. Box 1602, Waterloo, (Ontario) N2J 4C6

Vous pouvez obtenir une copie de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels ou en consultant notre site Web à [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) (sous « Politique de confidentialité ».)

## CONSENTEMENT AU DÉPÔT DIRECT

Une fois votre demande approuvée, nous déposerons vos prestations dans votre compte bancaire au moyen d'un transfert électronique de fonds. Votre compte bancaire doit être détenu auprès d'une institution financière canadienne.

J'autorise Manuvie à verser les prestations au titre du ou des numéros de contrat \_\_\_\_\_ dans mon compte auprès de l'institution financière indiquée sur le chèque annulé fourni. Je comprends que, pour mettre fin à ces instructions, je dois informer Manuvie par écrit au moins 15 jours avant la date du prochain versement prévu.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date (jj/mmmm/aaaa)

X

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

**La présente partie dûment remplie et signée sera copiée et fournie aux hôpitaux ou organismes et constituera votre autorisation de nous communiquer des renseignements pour les besoins de la présente demande de règlement.**

Dans la présente partie, *nous, notre et nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers; *vous, votre et vos* renvoient à l'assuré.

Vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels des soins de santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance ou à leurs fournisseurs de services, à l'Agence du revenu du Canada, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme ou toute autre institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, à nous communiquer ou à transmettre aux réassureurs concernés tout renseignement sur vous que nous exigeons pour administrer la demande de règlement.

En signant ci-dessous, vous confirmez que :

- à votre connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente déclaration du demandeur sont à jour, exacts et complets;
- vous acceptez les conditions de la présente déclaration du demandeur;
- vous donnez toutes les autorisations et tous les consentements décrits dans la présente déclaration du demandeur;
- vous convenez qu'une copie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Conformément à la législation en vigueur dans certaines provinces, nous sommes tenus de vous informer que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la *Loi sur les assurances* de votre province ou dans toute autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'assuré

Date (jj/mmmm/aaaa)

X

Signature du représentant légal (veuillez joindre les documents juridiques) ou du bénéficiaire (dans les provinces et territoires de compétence applicables) si l'assuré est décédé ou signature du mandataire en vertu de la procuration (le cas échéant) si l'assuré est inapte

Date (jj/mmmm/aaaa)

X

## DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_
2. Depuis quand êtes-vous le médecin de ce patient? Depuis (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_
3. L'état actuel résulte :  D'un accident  D'une maladie
4. **Diagnostic (Veuillez imprimer):**
  - a) Primaire : \_\_\_\_\_
  - b) Secondaire (le cas échéant) : \_\_\_\_\_
  - c) Symptômes subjectifs : \_\_\_\_\_
  - d) Des tests ont-ils été effectués, notamment radiographies, ECG, analyses de laboratoire, etc.?  Oui (Joindre une copie des résultats)  Non
5. Autres affections qui pourraient prolonger l'invalidité : \_\_\_\_\_
6. **Antécédents médicaux :**
  - a) Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou quand l'accident est-il survenu? (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ b) Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_
  - c) Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection semblable?  Oui  Non Dans l'affirmative, préciser les dates (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
Précisions : \_\_\_\_\_
7. Le patient a-t-il été hospitalisé? Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Du (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ au (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ inclusivement.  
Si hospitalisé à l'unité de soins intensifs : \_\_\_\_\_ Du (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ au (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ inclusivement.
8. En cas de chirurgie, fournir la date et des précisions : \_\_\_\_\_ Date (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
Précisions : \_\_\_\_\_
9. Date de la première consultation pour l'invalidité actuelle (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de la plus récente consultation (jj/mmmm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
Avez-vous suivi ce malade pendant toute la période d'invalidité?  Oui  Non  
Le cas échéant, indiquer la fréquence :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
Dans la négative, expliquer : \_\_\_\_\_
10. Décrire le programme de traitement et la fréquence : \_\_\_\_\_
11. Le patient suit-il le traitement recommandé?  Oui  Non Dans la négative, expliquer : \_\_\_\_\_
12. Nom(s) du ou des autres médecins traitants ou consultants : \_\_\_\_\_
13. **Invalidité physique :**
  - Catégorie 1 - Aucune restriction fonctionnelle; capacité d'effectuer des travaux impliquant des efforts physiques; aucune restriction
  - Catégorie 2 - Travaux manuels de difficulté moyenne
  - Catégorie 3 - Restriction fonctionnelle minimale; capacité d'effectuer des travaux légers
  - Catégorie 4 - Restriction fonctionnelle modérée; capacité d'effectuer du travail de bureau (sédentaire)
  - Catégorie 5 - Restriction fonctionnelle sévère; incapacité d'effectuer toute activité minimale (sédentaire)
14. Veuillez indiquer les restrictions et limitations actuelles du patient : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À ce stade, est-ce que les objectifs de retour au travail ont été abordés avec le patient?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer en quoi consiste le plan de retour au travail. Si non, veuillez expliquer pourquoi il est trop tôt pour la planification du retour au travail ou pourquoi ce n'est pas indiqué d'un point de vue médical :

### 15. Remarques générales

**Remarque :** Votre patient est tenu de payer tous les frais engagés pour faire remplir le formulaire Déclaration du médecin traitant (DMT).

**ATTENTION :** Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

En signant ci-après, vous confirmez qu'à votre connaissance, les renseignements que vous avez fournis dans le formulaire DMT à propos du patient sont complets, à jour et exacts.

Nom du médecin (prénom, initiale du second prénom et nom de famille) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

Adresse (rue et numéro) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialiste autorisé

Non  Oui, précisez \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Date (jj/mmmm/aaaa) \_\_\_\_\_

**X**