

Veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à l'adresse suivante :

Wawanesa Vie – Réclamations
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5
Demandes de renseignements : veuillez appeler au 1 844 318-0411, option 4
Courriel : WawanesaLife-Claims@wawanesa.com
Site Web : wawanesalife.com

**AUTORISATION DU
PATIENT**

À remplir par le patient

Patient _____ Régime collectif n° _____
Nom de famille Prénom

Par les présentes, j'autorise la divulgation des renseignements médicaux et de santé dans mon dossier à Wawanesa Vie et à ses agents autorisés aux fins d'évaluation de ma réclamation d'assurance invalidité et d'administration du régime d'avantages sociaux. Ces renseignements médicaux et de santé comprennent, sans s'y limiter, les copies de tous les rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats de tests et d'analyses et les dossiers hospitaliers. Je comprends que je suis responsable des frais exigés pour remplir ce formulaire.

Je reconnais que les renseignements personnels sont requis par Wawanesa Vie aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à Wawanesa Vie de traiter ma demande et que le refus de mon consentement peut retarder le traitement de ma réclamation ou entraîner son refus.

Je peux retirer ce consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à ce sujet.

Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation sont aussi valides que l'original.

Signature du patient

Date (jj-mm-aaaa)

**RENSEIGNEMENTS
CLINIQUES**

À remplir par le médecin

Diagnostic principal

Diagnostics secondaires ou complications

Taille du patient _____ Poids du patient _____ Main dominante Droite Gauche

Date de l'accident/début d'apparition des symptômes _____ Date de la première absence du travail du patient en raison du problème médical _____
(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)

Cause du problème médical :

Accident de véhicule automobile Travail Autre (veuillez préciser) _____

Symptômes actuels (précisez leur fréquence et leur gravité)

Comment les symptômes ont-ils évolué jusqu'à maintenant?

Le problème médical de votre patient est-il lié à des problèmes au lieu de travail? Oui Non
Résultats cliniques

Le patient a-t-il déjà eu ce problème médical? Oui Non
Si la réponse est « oui », quand?

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Suite

Des changements sont-ils survenus dans les activités de la vie quotidienne du patient? Oui Non

Situation de votre patient : Ambulatoire Alité Hospitalisé

Se déplace à l'aide de dispositifs fonctionnels Confiné à la maison

Actuellement, quelle est la capacité physique du patient relative aux actions ci-dessous :

	Nombres d'heures à chaque fois					Nombre total d'heures pendant la journée					
	< 1	1-2	2-4	4-6	> 6	< 1	1-2	2-4	4-6	> 6	
Rester en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucune limite
Rester en position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucune limite
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucune limite
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucune limite
Soulever/transporter des charges						0-10 lb	11-20 lb	21-50 lb	Non fréquent	Fréquent	Toujours
Soulever une charge du sol à la taille						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever une charge de la taille aux épaules						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever une charge au-dessus des épaules						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporter une charge						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANTÉ MENTALE

Invalidité liée à des symptômes psychologiques ou incluant de tels symptômes

En vous conformant à la version 5 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) ou à un ouvrage semblable :

Fournissez un diagnostic et inscrivez un code CIM-9 ou CIM-10

Symptômes actuels et leur gravité

Le problème médical du patient est-il lié à l'abus de drogue ou d'alcool? Oui Non

Le patient est-il inscrit actuellement à un programme de traitement de la toxicomanie ou s'est-il déjà inscrit à un tel programme? Oui Non

Si la réponse est « oui », précisez quand ainsi que le type de programme.

Veillez fournir une copie des résultats des évaluations effectuées, par exemple, à l'aide des instruments suivants :

Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)

Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (WHODAS 2.0)

Si aucune évaluation de ce type n'a été effectuée, expliquez pourquoi.

VISION

Invalidité liée à la vision

Indiquez l'acuité visuelle et la date du dernier examen.

Avec lentilles ophtalmiques

Sans lentilles ophtalmiques

Date du dernier examen

OD

OS

OD

OS

(jj-mm-aaaa)

GROSSESSE

Invalidité liée à une grossesse

Si la patiente est enceinte, indiquez la date probable d'hospitalisation _____

(jj-mm-aaaa)

Veillez fournir une copie des dossiers prénataux

**RENSEIGNEMENTS
SUR LE TRAITEMENT**

Date de la première consultation _____ Date de la dernière consultation _____
(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)

Fréquence des consultations Hebdomadaires Bimensuelles Mensuelles Autres (veuillez préciser)

**RENSEIGNEMENTS
SUR LE TRAITEMENT**

Suite

Autres médecins traitants/consultants ou professionnels de la santé :

Nom du professionnel	Type de professionnel	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Médicaments pris actuellement :

Nom	Posologie	Durée	Date de début (jj-mm-aaaa)	Réponse

Autres formes de traitements ou de thérapies :

Type	Durée	Date de début (jj-mm-aaaa)	Réponse

Hospitalisations :

Dates d'admission (jj-mm-aaaa)	Dates de sortie (jj-mm-aaaa)	Établissement	Raison (date de l'opération, s'il y a lieu)

Réponse au traitement : Patient rétabli État du patient amélioré Aucun changement
 État du patient dégradé

Commentaires :

Est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé? Oui Non
Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :

Veuillez fournir des précisions quant à tout changement proposé au plan de traitement, y compris concernant la date de l'opération (si elle est connue), les examens, les médicaments et le traitement.

RETOUR AU TRAVAIL	<p>À votre avis, à compter de quelle date au plus tôt est-ce que votre patient sera en mesure de retourner au travail? _____ (jj-mm-aaaa)</p> <p>Est-ce que le patient est en mesure de participer à un programme de réadaptation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Veillez expliquer pourquoi :</p>
CAPACITÉ	<p>Est-ce que le patient est capable de s'occuper de sa situation financière? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si la réponse est « non », depuis quelle date? _____ (jj-mm-aaaa)</p>
RESTRICTION DE PERMIS	<p>Le permis de conduire ou le permis ou titre professionnel de votre patient a-t-il fait l'objet d'une restriction, d'une annulation ou d'une suspension due au problème médical actuel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Restriction <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/> Suspension Date _____ (jj-mm-aaaa)</p> <p>Type de permis _____ Catégorie de permis _____</p> <p>Si la réponse est « oui », quand votre patient pourra-t-il demander le rétablissement du permis ou du titre? Date _____ (jj-mm-aaaa)</p>
REMARQUES	<p>Veillez nous fournir tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, pourrait nous aider à comprendre les restrictions et les limitations relatives à votre patient, sa capacité fonctionnelle, la durée prévue de sa déficience, etc.</p>
<p>Veillez joindre une copie des notes au dossier de votre patient, ainsi qu'une copie des rapports de consultation et des résultats d'analyses et d'examen liés au diagnostic de votre patient.</p>	
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN	<p>Nom du médecin _____ Spécialité _____</p> <p>Téléphone _____ Télécopieur _____</p> <p>Adresse _____ Numéro et rue Ville Province Code postal</p> <p>Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier du régime, de l'assurance vie, de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de Wawanesa Vie et peuvent être accessibles au patient ou à des tiers à qui l'accès a été accordé ou qui sont légalement autorisés à y avoir accès. En fournissant ces renseignements, vous consentez à la divulgation, sans modifications, des renseignements contenus dans les présentes.</p> <p>_____ Signature du médecin</p> <p>_____ Date (jj-mm-aaaa)</p>
<p>CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, examiner les réclamations éventuellement adressées au titre de cette police et offrir des produits et des services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, ses mandataires, ses sociétés affiliées, ses partenaires, ses filiales, ses réassureurs, ses agences de notation et ses administrateurs autorisés et être échangés entre eux à ces fins, peu importe que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à privacy@wawanesa.com ou en parlant au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.</p>	