

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à :

Wawanesa Vie – Service de l'Indemnisation
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5
Si vous avez des questions, veuillez composer le 1 844 318-0411, option 4
F : 1-855-496-3028
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 de l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et de l'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 d'accorder mon consentement peut retarder le traitement de ma demande 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

Date (jj/mm/aaa)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À remplir par le médecin

Diagnostic primaire:

Diagnostic secondaire ou complications:

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

Date de l'accident/de l'apparition des symptômes _____ Date à laquelle le problème de santé a initialement
(aa/mm/jj) empêché le patient de travailler

_____ (aa/mm/jj)

Cause du problème de santé: Accident automobile Travail Autre (veuillez préciser) _____

Symptômes actuels (indiquez leur fréquence et leur gravité)

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

Résultats cliniques

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES *Suite*

Est-ce que le patient a déjà eu le même problème de santé auparavant? Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser quand? _____
 (aa/mm/jj)

Le problème de santé de votre patient est-il attribuable à son lieu de travail? Oui Non

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

Situation de votre patient: Ambulatoire Se déplace à l'aide d'appareils ou d'accessoires fonctionnels
 Alité Hospitalisé Confiné à la maison

À l'heure actuelle, quelles sont les capacités physiques de votre patient relativement aux activités énoncées ci-après:

	Nombres d'heures consécutives					Nombres d'heures totales par jour						
	<1	1 à 2	2 à 4	4 à 6	>6	<1	1 à 2	2 à 4	4 à 6	>6		
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 restriction
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 restriction
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 restriction
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 restriction

Soulever/porter	0 à 10 lbs	11 à 20 lbs	21 à 25 lbs	Rarement	Fréquemment	Constamment
Soulever du plancher à la taille	<input type="checkbox"/>					
Soulever de la taille aux épaules	<input type="checkbox"/>					
Soulever au-dessus de l'épaule	<input type="checkbox"/>					
Porter	<input type="checkbox"/>					

PSYCHIATRIE *Si l'invalidité est liée à des symptômes psychologiques ou en comprend*

En suivant le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) ou un document similaire:

Établir le diagnostic et le code de la CIM-9 ou CIM-10 _____

Symptômes actuels et leur gravité

Le problème de santé de votre patient est-il attribuable à l'abus de drogues ou d'alcool? Oui Non

Est-ce que le patient prend part, ou a déjà pris part, à un programme de traitement contre la toxicomanie? Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser quand et le type de programme :

Fournir une copie du résultat des tests pertinents, notamment :

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

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)

Si aucun de ces tests n'a été fait, veuillez indiquer pourquoi ?

VISION Si l'invalidité est liée à la vision

Fournir le niveau d'acuité visuelle et la date du dernier examen.

Avec lentilles ophtalmiques

Sans lentilles ophtalmiques

Date du dernier examen

OD

OS

OD

OS

(aa/mm/jj)

GROSSESSE Si l'invalidité est liée à la grossesse

 Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la date d'accouchement prévue _____
(aa/mm/jj)

Veillez fournir des copies des dossiers prénataux
RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT

 Date de la première consultation _____
(aa/mm/jj)

 Date de la dernière consultation _____
(aa/mm/jj)

 Fréquence des consultations Hebdomadaire Bimensuelle Mensuelle Autre (préciser) _____

Autres médecins traitants, médecins consultants ou professionnels de la santé :

Nom du professionnel	Type de professionnel	Date de la consultation (jj/mm/aa)

Médicaments pris actuellement :

Nom	Posologie	Durée	Date de début (aa/mm/jj)	Réponse

Autres formes de traitements ou de thérapies :

Type	Durée	Date de début (aa/mm/jj)	Réponse

Hospitalisations:

Date d'admission (aa/mm/jj)	Date du congé (aa/mm/jj)	Établissement	Raison (date de l'opération, s'il y a lieu)

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT *Suite*Réponse au traitement : Rétablissement Amélioration Aucun changement Détérioration

Commentaires:

Est-ce que votre patient suit le programme de traitement recommandé? Oui Non Si « Non », veuillez préciser :

Veuillez fournir des précisions quant à tout changement proposé au plan de traitement, notamment la date de l'opération (si elle est connue), aux examens, aux médicaments, au traitement, etc.

RETOUR AU TRAVAILÀ 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)Est-ce que le patient est en mesure de participer à un programme de réadaptation? Oui Non Veuillez préciser:

CAPACITÉEst-ce que le patient est capable de s'occuper de sa situation financière? Oui Non Non Si « non », depuis quelle date? _____
(jj-mm-aaaa)**RESTRICTION RELATIVE À UN PERMIS**Le permis de conduire ou tout autre permis d'exercice ou certificat professionnel de votre patient a-t-il fait l'objet d'une restriction, d'une révocation ou d'une suspension en raison de la situation actuelle? Oui Non Restriction Révocation Suspension Date _____
(jj/mm/aaaa)

Type de permis _____ Catégorie de permis _____

Si « Oui », à quel moment est-ce que votre patient pourra demander la remise en vigueur de son permis ou de sa certification? _____

Date _____
(jj/mm/aaaa)

REMARQUES

Veillez nous fournir tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, pourrait nous aider à comprendre les restrictions et limites de votre patient, sa capacité fonctionnelle, la durée prévue de sa déficience, etc.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom du médecin _____ Spécialité _____

Adresse _____
Numéro, rue Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

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.

Signature du médecin

Date de la signature (jj-mm-aaaa)

Veillez joindre une copie des notes au dossier de votre patient, y compris les rapports de consultation et les résultats d'analyses et d'exams liés au diagnostic de votre patient.

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, traiter les réclamations au titre de cette police et offrir d'autres produits et services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, ses mandataires, sociétés affiliées, partenaires, filiales, réassureurs, agences de notation et administratrices ou administrateurs autorisés à ces fins et peuvent être échangés entre elles ou eux, que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, la personne présentant la demande 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 à la personne responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.