

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

Wawanesa Vie – Service de l'Indemnisation

400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

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

**INVALIDITÉ  
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX  
SUPPLÉMENTAIRES  
DÉCLARATION DU MÉDECIN**

**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-aaaa)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

Diagnostic principal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Symptômes actuels et leur gravité:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre patient et son état se sont:  rétablis  améliorés  non améliorés  aggravés

Indiquez tout diagnostic secondaire ou toute complication:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situation de votre patient:  Ambulatoire  Se déplace à l'aide de dispositifs fonctionnels

Alité  Hospitalisé  Confiné à la maison

**RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT**

Autres médecins traitants/consultants ou spécialistes de la santé:

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

Médicaments pris actuellement:

---



---



---

Autres formes de traitements ou de thérapies:

---



---



---

Hospitalisations:

---



---



---

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

---



---



---

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

---



---



---

**CAPACITÉ**

Est-ce que le patient est capable de s'occuper de sa situation financière?  Oui  Non Non Si « non », depuis quelle date? \_\_\_\_\_  
(jj-mm-aaaa)

**RETOUR AU TRAVAIL**

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)

Est-ce que le patient est en mesure de participer à un programme de réadaptation?  Oui  Non Veuillez préciser:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REMARQUES**

Veuillez 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)

Veuillez 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](mailto:privacy@wawanesa.com) ou en parlant à la personne responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.