



Demande de prestations de  
**mutilation accidentelle**  
Financière Manuvie  
Contrat collectif n° 901102

LA DEMANDE DOIT COMPRENDRE LE FORMULAIRE SISIP FS INS 24F, PARTIE I, PAGES 1 ET 2, ET PARTIE II, PAGES 1 ET 2.

Directives

Veillez remplir et signer le formulaire SISIP FS INS 24F, partie I — pages 1 et 2, et demander à votre médecin traitant de remplir la partie II — pages 1 et 2.

Veillez noter que vous devez assumer les coûts découlant des démarches prises pour remplir ces formulaires. Veillez répondre aux questions de façon complète. Si l'espace prévu pour vos réponses n'est pas suffisant, veuillez utiliser d'autres feuilles (y inscrire le nom et le numéro matricule du titulaire du certificat) et les joindre au formulaire.

Une fois les formulaires dûment remplis, veuillez envoyer le tout directement à la Financière Manuvie à l'adresse ci-dessous.

Financière Manuvie  
Bureau des prestations du RARM  
2727, Joseph Howe Drive  
C.P. 1030  
Halifax NS B3J 2X5



## Déclaration du requérant concernant la mutilation accidentelle Contrat collectif n° 901102

**Partie I : Doit être remplie par le titulaire du certificat**

1. Genre de déclaration (Cocher la case appropriée)	2. Personne pour qui cette déclaration est remplie (Cocher la case appropriée)
<input type="checkbox"/> Assurance collective facultative temporaire (ACFT)* <input type="checkbox"/> Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)* <input type="checkbox"/> Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) <input type="checkbox"/> Couverture après la libération (CAL) <input type="checkbox"/> Assurance pour membres libérés (AML)	<input type="checkbox"/> Membre actif <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant/personne à charge <input type="checkbox"/> Membre libéré <input type="checkbox"/> Conjoint précédente

**\*Nota :** La mutilation accidentelle des membres actifs assurés en vertu de l'ACFT ou du RATR doit être non attribuable au service militaire. Les membres dont la mutilation accidentelle est attribuable au service militaire sont priés de consulter le contrat collectif n° 906906—Demande d'indemnité SISIP FS INS 12F et 13F.

**3. Renseignements du titulaire du certificat**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Adresse postale			Initiales
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Case postal, route rurale, etc.			Numéro de téléphone à domicile
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)
Ville	Province	Code postal	

**4. Information de la personne mutilée (si autre que le titulaire du certificat)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Initiales	Lien de parenté
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Adresse postale (au moment de la mutilation)			<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="text"/>			Jour      Mois      Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date de naissance
Ville	Province	Code postal	

**5. Détails de la déclaration**

A. Veuillez préciser la mutilation ou la perte de l'usage pour laquelle vous présentez cette déclaration en consultant le tableau des prestations (sur notre site Web ou en communiquant avec votre représentant des SF RARM pour de l'aide) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Date à laquelle l'accident s'est produit :  <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> Jour      Mois      Année	C. Date de votre première rencontre avec le médecin pour vous faire soigner :  <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> Jour      Mois      Année
--	--

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

**5. Détails de la déclaration (suite)**

D. Lieu où l'accident s'est produit :

---

E. Veuillez fournir une brève description de l'accident :

---



---



---



---

F. Si cette déclaration est soumise pour un membre actif, veuillez expliquer la raison pour laquelle vous croyez que la mutilation accidentelle n'est pas imputable au service militaire :

---



---

**6. Déclaration et autorisation**

J'atteste que j'ai rempli ce formulaire de façon complète et honnête, à ma connaissance. Je comprends qu'on peut refuser cette demande si je fournis des renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs.

J'autorise la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM à effectuer, au besoin, des recherches quant à cette demande de prestations de mutilation accidentelle.

Je comprends que la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM devront recueillir et échanger certains renseignements à l'égard de la personne mutilée au cours de leur enquête, y compris tout renseignement, dossier ou autre information à l'égard des antécédents et traitements médicaux, des soldes, des emplois, des études et de la formation actuels ou antérieurs (ci-après appelés « renseignements personnels ») de la personne mutilée.

Les renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM le jugent nécessaires pour :

- l'évaluation de cette demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée aux Services financiers du RARM;
- l'administration de la police en vertu de laquelle j'ai présenté une demande;
- l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi la Financière Manuvie, les Services financiers du RARM et les personnes, institutions et organisations suivantes à se partager tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession :

- tout médecin, praticien de la santé, hôpital, clinique, pharmacie ou autre fournisseur ou centre médical offrant des soins ou des traitements de santé;
- tout régime d'assurance santé provincial, compagnie d'assurance ou réassureur;
- tout courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, l'employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement à les avantages sociaux des employés;
- tout organisme, organisation ou service gouvernemental fédéral ou provincial;
- toute organisation d'enquête ou de sécurité, agent en matière de renseignements personnels ou autre personne, agence ou institution possédant les renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels fournis ou que la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ont recueillis seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux individus autorisés. Parmi ces derniers, on compte les employés de la Financière Manuvie et/ou des Services financiers du RARM et d'autres personnes (société ou particulier) firmes ou agences retenues par la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM, dans l'exécution de leurs tâches, ainsi que les personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation par écrit ou toute autre personne autorisée par la loi.

Je comprends que, dans les cas où la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ont obtenu des renseignements médicaux sensibles d'une personne autre que le médecin de la personne mutilée, la Financière Manuvie et/ou les Services financiers du RARM ne pourront divulguer de tels renseignements que par le médecin.

Je comprends et j'autorise que cette déclaration demeure en vigueur tant que la demande de prestations pour laquelle j'ai rempli ce formulaire existe ou que je dois faire appel à la Financière Manuvie pour des services se rapportant à cette déclaration. Une copie de cette déclaration est aussi valide que l'original.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada et ils vous seront fournis sur demande.

Signature du titulaire du certificat	Jour	Mois	Année	Signature de la personne mutilée ou d'un parent ou gardien (si elle a moins de 18 ans)	Jour	Mois	Année
--------------------------------------	------	------	-------	--	------	------	-------



# Déclaration du médecin traitant (DMT) concernant la mutilation accidentelle Contrat collectif n° 901102

**Partie II — DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

Nom de famille du patient : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

**DÉTAILS DE LA DÉCLARATION**

1. Date de votre première rencontre avec le patient concernant les blessures qu'il a subies :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

2. Date du dernier traitement du patient :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

3. Veuillez décrire la nature exacte des blessures subies, ainsi que l'endroit et l'étendue de ces dernières :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. A. Si l'accident a occasionné la perte totale ou partielle d'un bras, d'une main, d'une jambe ou d'un pied, veuillez indiquer le niveau d'amputation ci-dessous et sur le diagramme à la page 2 :  
 \_\_\_\_\_

B. Date de l'amputation :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

5. Si l'accident a causé la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, veuillez préciser la date de cette occurrence :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

6. Si l'accident a occasionné la perte totale et irrémédiable de la vue dans un œil ou dans les deux yeux, veuillez préciser la date de cette occurrence :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

A. Si l'accident a engendré l'ablation d'un œil ou des deux yeux, veuillez indiquer la date de l'opération :  
 \_\_\_\_\_

B. Quel était le pourcentage de vision dans chaque œil avant l'accident?  
 Gauche \_\_\_\_\_ Droite \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

C. Quel est le pourcentage actuel de vision dans chaque œil, le cas échéant?  
 Gauche \_\_\_\_\_ Droite \_\_\_\_\_

7. Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de la parole, veuillez préciser la date de cette occurrence :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

8. Si l'accident a entraîné la perte totale et irrémédiable de l'ouïe dans les deux oreilles, veuillez préciser la date de cette occurrence :  
 \_\_\_\_\_  
 Jour      Mois      Année

A. Quel était le pourcentage de l'ouïe dans chaque oreille avant l'accident?  
 Gauche \_\_\_\_\_ Droite \_\_\_\_\_

B. Quel est le pourcentage actuel de l'ouïe dans chaque oreille, le cas échéant?  
 Gauche \_\_\_\_\_ Droite \_\_\_\_\_

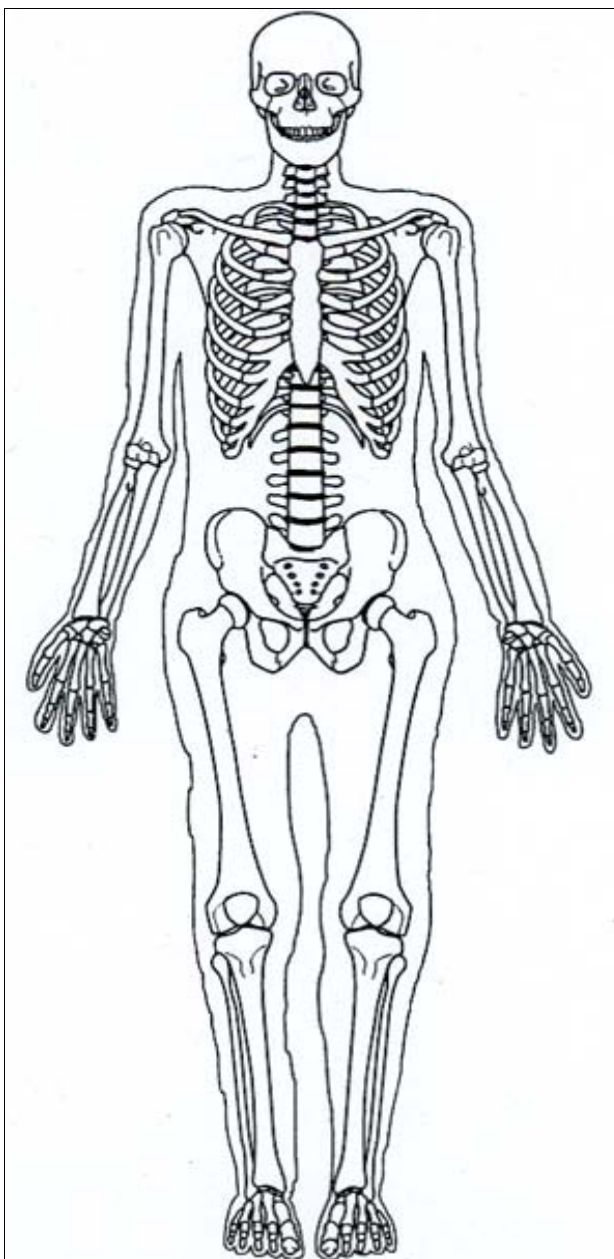
C. Le port d'un appareil auditif améliore-t-il l'ouïe?    Oui  Non

9. La blessure est-elle la seule cause de la perte?    Oui  Non   
 Si vous avez répondu « Non », veuillez préciser toute cause contributrice :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Partie II — DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT (suite)**

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

Veuillez indiquer le niveau d'amputation sur le diagramme :



Nom du médecin traitant (prière d'écrire en lettres moulées ou d'inclure une carte d'affaires)	Numéro de téléphone du médecin traitant (       )
Adresse du médecin traitant	
Signature du médecin traitant _____	
Jour      Mois      Année	