C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
ivari.ca

Déclaration initiale du médecin traitant

Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur **ivari.ca,** décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, que vous soyez personne assurée ou demandeur. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

En résumé :

ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- La vérification de votre identité.
- L'évaluation de tout formulaire que vous soumettez dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de la police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de la police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

Si l'évaluation de la demande de règlement l'exige, nous pouvons également recueillir vos renseignements personnels auprès de sources externes, notamment les établissements ou les prestataires de soins de santé, les agences d'enquête et/ou les agences de renseignements sur la consommation et le crédit.

Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance, y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, les réassureurs d'ivari, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien, les intermédiaires du marché, vos bénéficiaires et cessionnaires, votre médecin de famille ou votre médecin traitant, et d'autres compagnies d'assurance auxquelles une demande de prestation peut être soumise.

Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.

CONSENTEMENT REQUIS POUR CE FORMULAIRE ET POUR LA POLICE

Les autorisations suivantes sont nécessaires lors de la soumission de ce formulaire à ivari :

1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'**avis de confidentialité** et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur **ivari.ca.**
2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.
3. Si je donne mon consentement au nom d'une ou de plusieurs personnes assurées mineures (âgées de moins de 18 ans au Québec ou de moins de 16 ans dans toutes les autres provinces) aux points ci-dessus, je déclare être habilité à le faire.

Signature de la **personne assurée** _____

Signature du **demandeur** _____

Autorisation et déclaration

Attestation du demandeur : Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En cas de déclaration fausse ou trompeuse, il pourrait y avoir annulation de la couverture, rejet de la demande de règlement et recouvrement des règlements précédents. J'accepte de rembourser à ivari tout paiement reçu après avoir présenté une demande de règlement pour des prestations auxquelles je n'avais pas droit.

Cette autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande des prestations ou des services d'ivari. Je conviens qu'une photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée par moi est aussi valide que l'original.

Nom de la personne assurée	Signature de la personne assurée	Date (JJ/MM/AAAA)
Nom du demandeur	Signature du demandeur	Date (JJ/MM/AAAA)
Lien avec la personne assurée		

1 Renseignements sur la personne assurée

ASSUREZ-VOUS QUE CETTE SECTION DU FORMULAIRE EST REMPLIE AVANT QUE LE MÉDECIN NE REMPLISSE LA SECTION 2.

Directives à la personne assurée :

- Remplissez, signez et datez la Section 1.
- Demandez à votre médecin de remplir la Section 2.

En tant que personne assurée, il vous incombe d'acquitter les frais demandés pour remplir le présent formulaire.

Je comprends que les renseignements recueillis sur le présent formulaire ou autrement en rapport avec ma demande de règlement, sont exigés par ivari, de même que par ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») pour les besoins de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement.

Nom de la personne assurée _____

Numéro(s) de police _____ Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA) Taille (cm) _____ Poids (kg) _____

Profession _____ Employeur (le cas échéant) _____

2 Rapport du médecin

Directives au médecin :

- Remplissez, signez et datez la Section 2.
- Joignez une copie des fiches médicales, des rapports de consultation, des résultats d'enquêtes et des tests à l'appui de la demande de règlement soumise par votre patient en raison d'invalidité*.

Pour nous aider à évaluer la demande de règlement soumise par votre patient, veuillez remplir la présente déclaration, en fournissant autant de détails que possible. ivari se fondera sur les renseignements contenus dans ce formulaire pour déterminer l'admissibilité du patient à des prestations d'invalidité.

Sachez que les renseignements, y compris les dossiers médicaux exigés à l'appui de cette demande, seront traités de manière confidentielle.

ivari peut divulguer les renseignements que vous lui fournissez à l'égard de cette demande de règlement au demandeur et (ou) aux personnes autorisées par elle à recevoir de tels renseignements, à moins que vous ne nous avisiez par écrit qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du patient ou pourrait causer du tort à un tiers.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration. Il incombe au patient d'assumer les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

Documents exigés* (le cas échéant)

Une copie de ce qui suit :
- Rapports d'enquêtes
- Tests de laboratoire
- Rapports de consultation
- Notes cliniques
- Comptes-rendus et antécédents d'hospitalisation (admission et sortie)

*ivari remboursera les frais d'obtention d'une copie du dossier médical de votre patient à hauteur de 75 $. Si ce montant n'est pas raisonnable compte tenu du volume du dossier du patient, veuillez appeler notre Service des règlements au 1-855-806-5057 pour vous entendre sur un nouveau montant.

DIAGNOSTIC

Premier diagnostic _____

_____

_____

Deuxième diagnostic _____

_____

_____

Date de l'invalidité (JJ/MM/AAAA) _____

Symptômes – (Décrivez les symptômes, y compris la gravité, la fréquence et la durée.)

_____

_____

_____

Constatations physiques – (Décrivez les résultats cliniques se rapportant à l'invalidité déclarée.)

_____

_____

_____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

1. Date de la première visite du patient relativement à l'invalidité déclarée : Date (JJ/MM/AAAA) _____
2. Date de sa dernière visite : Date (JJ/MM/AAAA) _____
3. Fréquence de ses visites :
   ○ Hebdomadaire ○ Toutes les deux semaines ○ Mensuelle ○ Autre (précisez) : _____
4. Avez-vous recommandé au patient de cesser de travailler?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, à partir de quelle date : Date (JJ/MM/AAAA) _____
5. L'invalidité du patient est-elle attribuable à un accident?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, décrivez l'accident et précisez-en la date Date (JJ/MM/AAAA) _____

   _____

   _____
6. Quand les premiers symptômes sont-ils apparus? Date (JJ/MM/AAAA) _____
7. Le patient a-t-il déjà souffert d'une même condition ou d'une condition semblable?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, spécifiez les dates, en incluant une description. _____

   _____
8. Sa condition résulte-t-elle d'un accident ou d'une maladie découlant de son travail?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, donnez des détails. _____

   _____
9. A-t-on imposé au patient une restriction à l'égard de son permis de conduire ou de tout autre permis ou certificat professionnel ou l'a-t-on annulé en raison de sa condition?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, donnez des détails. _____

   _____
10. Sa condition est-elle liée directement ou indirectement à la grossesse?
    ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, indiquez la date présumée de l'accouchement : Date (JJ/MM/AAAA) _____

11. Enquêtes

    Veuillez décrire les résultats de tous les examens (tests de laboratoire, radiographies, ECG) et de toute enquête se rapportant à l'invalidité du patient. Veuillez joindre une copie des résultats d'examen et des rapports.

12. Événements chronologiques déclencheurs :

13. Sa condition est-elle liée à des difficultés associées au travail?

14. Facteurs de risque familial :

15. Facteurs de complication :

    Veuillez cocher tous les facteurs susceptibles d'avoir provoqué des problèmes cliniques ou susceptibles de compliquer leur résolution :

    ☐ Problèmes liés au travail
    ☐ Difficulté d'adaptation
    ☐ Problèmes sociaux/familiaux
    ☐ Alcoolisme/Toxicomanie
    ☐ Affection physique/Problèmes mentaux
    ☐ Personnalité/Motivation
    ☐ Problèmes financiers/juridiques
    ☐ Autres problèmes

    Commentaires :

DÉFICIENCE PHYSIQUE LE CAS ÉCHÉANT

☐ Catégorie 1 - Capacité fonctionnelle sans restriction; peut effectuer des travaux lourds; aucune restriction. (0 à 10 %)
☐ Catégorie 2 - Activités manuelles moyennes. (15 à 30 %)
☐ Catégorie 3 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions légères; peut effectuer des travaux légers. (35 à 55 %)
☐ Catégorie 4 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions modérées; peut effectuer des tâches de bureau/administratives (sédentaires). (60 à 70 %)
☐ Catégorie 5 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions importantes; ne peut effectuer aucune tâche, si minime soit-elle (sédentaire)? (75 à 100 %)
☐ Des restrictions (se pencher, soulever des charges, etc.)? _____

ÉTAT CARDIAQUE LE CAS ÉCHÉANT

1. Quelle est la capacité fonctionnelle (selon les normes de la Société canadienne de cardiologie)? Si elle est de catégorie 3 ou 4, veuillez joindre une copie des résultats de toute épreuve d'effort ou de toute échocardiographie.

   ○ Catégorie 1 (sans restriction)
   ○ Catégorie 2 (légère restriction)
   ○ Catégorie 3 (restriction marquée)
   ○ Catégorie 4 (restriction complète)

2. Tension artérielle du patient lors de sa dernière visite _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

TROUBLES MENTAUX/NERVEUX LE CAS ÉCHÉANT

1. Décrivez les symptômes observés chez le patient qui confirment l'existence de troubles mentaux.

_____

_____

2. Une consultation en psychiatrie a-t-elle eu lieu? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, indiquez le nom du psychiatre :

_____

3. Diagnostic(s) (selon les critères de classification du DSM-V)

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____

Axe V _____

Observations _____

_____

_____

_____

PROGRÈS

1. Quel énoncé décrit le mieux l'évolution de la condition du patient depuis qu'il a cessé de travailler?

○ Guérison ○ Amélioration ○ Aucun changement ○ Détérioration

2. Le patient est-il

○ ambulatoire? ○ confiné à son domicile? ○ alité? ○ hospitalisé?

3. A-t-il atteint le rétablissement maximal (RM)? ○ Oui ○ Non Si ***« Non »***, quand espérez-vous voir des améliorations?

_____

_____

4. Quel est votre pronostic? Quand vous attendez-vous à des améliorations ou à des détériorations?

_____

_____

_____

5. Quelle est la portée des restrictions sur la capacité de votre patient d'accomplir les tâches de son emploi? Qu'est-ce qui l'empêche de reprendre le travail à temps plein ou à temps partiel?

_____

_____

_____

_____

6. Quelles sont ses restrictions (ce qu'il NE DEVRAIT PAS FAIRE) et pourquoi?

_____

_____

_____

_____

7. Le patient peut-il reprendre le travail à temps partiel ou accomplir des tâches modifiées? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, précisez.

_____

_____

_____

8. Quelle est la date prévue de son retour au travail?
   Temps plein : Date (JJ/MM/AAAA) _____ Temps partiel : Date (JJ/MM/AAAA) _____
9. Veuillez décrire tout autre facteur pouvant influer sur sa capacité de retourner au travail (problèmes familiaux, stress au travail, abus de médicaments, d'alcool ou de toute autre substance, etc.).

_____

_____

_____

TRAITEMENT

1. Le patient a-t-il été hospitalisé?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, indiquez le nom de l'hôpital/de l'établissement de soins de santé _____
   Du (JJ/MM/AAAA) _____ au (JJ/MM/AAAA) _____
2. A-t-il subi une intervention chirurgicale?
   ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, précisez.

DATE (JJ/MM/AAAA)	TYPE D'INTERVENTION CHIRURGICALE

3. Si des médicaments lui ont été prescrits, veuillez remplir ce qui suit :

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE ET FRÉQUENCE	DÉBUT DE LA PRISE DU MÉDICAMENT (JJ/MM/AAAA)	ARRÊT DE LA PRISE DU MÉDICAMENT (JJ/MM/AAAA)	RÉACTION
a)				
b)				
c)				
d)				

4. Le patient a-t-il suivi une psychothérapie? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, indiquez la fréquence et la durée du traitement, y compris sa réaction à celui-ci.

_____

_____

5. A-t-il suivi un traitement de physiothérapie ou de chiropractie? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, indiquez la fréquence et la durée du traitement, y compris sa réaction à celui-ci.

_____

_____

6. Lui a-t-on recommandé un programme de réadaptation? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, précisez :

NOM DU PROGRAMME	DATE DE PARTICIPATION (JJ/MM/AAAA)	DURÉE

7. Y a-t-il eu d'autres traitements administrés au patient? Quelle était sa réaction à ceux-ci? Décrivez les effets secondaires.

_____

_____

_____

8. Quel autre traitement envisagez-vous?

9. Le patient a-t-il été constamment sous vos soins? ○ Oui ○ Non Si ***« Non »***, précisez :

10. Nom et spécialité de tous les autres fournisseurs de soins de santé et dates auxquelles le patient les a consultés.

NOM DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ	SPÉCIALITÉ	DATE DE CONSULTATION (JJ/MM/AAAA)

ESPRIT DE COLLABORATION ET MOTIVATION

1. Le patient se montre-t-il coopératif envers son plan de traitement, et se conforme-t-il à ce plan?

2. Renseignements supplémentaires

   À votre avis, le patient est-il capable de s'occuper de ses propres affaires financières? ○ Oui ○ Non

RAPPORT DU MÉDECIN

1. Observations

   Veuillez nous fournir tout autre renseignement susceptible de nous aider à mieux comprendre l'affection dont souffre votre patient.

2. Renseignements sur le médecin traitant

Nom			
Adresse			
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone	Courriel		
Spécialité (veuillez préciser)			

3. Déclaration du médecin traitant et signature

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Veuillez poster le formulaire à l'adresse suivante :

ivari
Attention : Service des règlements
C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER