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

Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité continue

Directives pour la personne assurée :
- Veuillez remplir, signer et dater la Section 1 du formulaire.
- Votre médecin doit remplir la Section 2.

En tant que personne assurée, il vous incombe d'acquitter tous frais exigés à cette fin.

Directives pour le médecin :
- Veuillez remplir, signer et dater la Section 2.

ivari, fournisseur de ces prestations, s'engage à maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels.

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.

Signature de la **personne assurée** _____ Signature du **demandeur** _____

1 Renseignements généraux

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

Nom de la personne assurée	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro(s) de police
Courriel	Profession avant l'invalidité	

IL INCOMBE À LA PERSONNE ASSURÉE D'ASSUMER LES FRAIS POUVANT ÊTRE EXIGÉS POUR FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE.

2 Rapport du médecin

(depuis votre dernier rapport)

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.

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.

DIAGNOSTIC

Veuillez utiliser, s'il y a lieu, la terminologie du DSM-5.

Diagnostic primaire _____

_____

_____

Diagnostic secondaire _____

_____

_____

Symptômes

Veuillez décrire les symptômes, y compris la gravité, la fréquence et la durée.

_____

_____

Conclusions de l'examen

Veuillez énumérer les résultats cliniques se rapportant à l'invalidité déclarée.

_____

_____

Enquêtes

Veuillez décrire les résultats de tous les examens, tests de laboratoire, radiographies, ECG, lectures de tension artérielle, et d'autres enquêtes se rapportant à l'invalidité du patient. N'oubliez pas d'inclure des copies de tout résultat d'examen ou rapport.

_____

_____

_____

Dernière lecture de tension artérielle du patient : _____/_____ Date: (JJ/MM/AAAA) _____

PROGRÈS

1. Quel énoncé décrit le mieux l'évolution de l'état de santé du patient?
   ○ Guérison ○ Amélioration ○ Aucun changement ○ Détérioration
2. Le patient a-t-il atteint le rétablissement maximal (RM)? ○ Oui ○ Non
3. Quel est votre pronostic? Quand vous attendez-vous à des améliorations ou à des détériorations?

   _____

   _____
4. Qu'est-ce qui empêche le patient de reprendre le travail à temps plein ou à temps partiel?

   _____

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

   _____

   _____

   _____
6. Quelle est la date prévue de son retour au travail?
   Temps plein : Date : (JJ/MM/AAAA) _____ Temps partiel : Date : (JJ/MM/AAAA) _____
7. 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).

   _____

   _____

TRAITEMENT

1. Date de la dernière visite du patient : (JJ/MM/AAAA) _____
2. Fréquence de ses visites : _____
3. Le patient a-t-il été hospitalisé? ○ Oui ○ Non
   Si ***« Oui »***, veuillez indiquer le nom de l'hôpital ou de l'établissement _____
   du : (JJ/MM/AAAA) _____ au : (JJ/MM/AAAA) _____
4. Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »***, veuillez en donner la date et la description.

   _____

   _____

   _____

   _____
5. 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

6. Le patient a-t-il reçu des traitements de psychothérapie/physiothérapie/chiropractie? ○ Oui ○ Non
   Si ***« Oui »,*** veuillez indiquer la fréquence et la durée de chaque traitement, y compris sa réaction à celui-ci.

7. Lui a-t-on recommandé un programme de réadaptation? ○ Oui ○ Non
   Si **« Oui »,** veuillez spécifier le nom du programme, les dates et la durée de ses traitements.

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

9. D'autres traitements sont-ils envisagés?

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

11. 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	DATES DE CONSULTATION (JJ/MM/AAAA)

AUTRE ASSURANCE

Veuillez indiquer le ou les noms de tous les autres assureurs ou régimes d'État pour lesquels vous avez rempli des formulaires au nom de votre patient :

ESPRIT DE COLLABORATION ET MOTIVATION

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

OBSERVATIONS

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

ATTESTATION, SIGNATURE ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Signature : _____ Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Nom			Spécialité
Adresse			App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
N° de téléphone	Courriel		

Veuillez poster le formulaire dûment rempli au Service des règlements d'ivari à l'adresse ci-dessous ou nous le transmettre par le biais de notre outil ***Envoyer des documents*** accessible sur **ivari.ca**.

C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-855-806-5057 • **reclamations@ivari.ca**

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

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