

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
Règlements, Invalidité
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces
Règlements, Invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

PARTIE 1 – COORDONNÉES

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : Féminin Masculin

N° de police : 28840 N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____

Date de naissance :

A	M	J

 Emploi : _____ Langue : Français Anglais

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE

1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez :

- Lieu de l'accident : Domicile Travail Ailleurs (Précisez.) _____

- Date de l'accident :

A	M	J

 Circonstances : _____

- S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.

2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non Oui Précisez : _____

PARTIE 3 – EMPLOI

Date d'embauche :

A	M	J

 Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date :

A	M	J

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. _____

2. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir. _____

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire? Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE

1. Êtes-vous obligé de rester à la maison? Non Oui

Êtes-vous alité? Non Oui

Êtes-vous hospitalisé? Non Oui

2. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence : _____

3. Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie : _____

PARTIE 5 – REVENUS D'AUTRES PROVENANCES

Avez-vous présenté ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants?

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire Non Oui Date

A	M	J
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non Oui Date

--	--	--
- Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) Non Oui Date

--	--	--
- Régie des rentes du Québec (RRQ) : Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date

--	--	--
- Régime de pensions du Canada (RPC) : Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date

--	--	--
- Autre (Précisez.) : _____ Date

--	--	--

Si la demande a déjà été présentée, veuillez nous fournir une copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.

PARTIE 6 – MÉDECINS ET ANTÉCÉDENTS

1. Nom de votre médecin traitant : _____ Date de la première visite :

A	M	J

Adresse : _____
2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé? Non Oui Date :

A	M	J

Hôpital : _____
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? _____
4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois? _____
5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable? Non Oui Date :

A	M	J
6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive? Non Oui
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication? Non Oui
En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement? Non Oui
8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin

PARTIE 7 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé mandataire de l'employeur à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité;
- (ii) iA Groupe financier à échanger avec mon employeur/titulaire de police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) iA Groupe financier et mon employeur/titulaire de police à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification dans le traitement de ma demande.

Une photocopie de la présente « Confirmation et autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Confirmation et autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant _____ Date :

A	M	J

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--

Tél. au domicile :

--	--	--	--	--	--

 Tél. au travail :

--	--	--	--	--	--

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
Règlements, Invalidité
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces
Règlements, Invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes

COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.)

Prénom : _____ Nom : _____

N° de police : 28840 N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____

Date de naissance :

		A				M				J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie de la présente « Autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant : _____ Date :

		A				M				J	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--

Tél. au domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. au travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1. Principal : (Axe I) _____

2. Secondaire : (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques.

3. Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet.

4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers Moyens Graves avec éléments psychotiques

5. L'interruption de travail résulte de difficultés liées à :
La vie conjugale/familiale La perte d'un emploi ou une mise à pied
L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu Des problèmes professionnels
D'autres types de problèmes (Précisez.) : _____

6. Niveau actuel de la capacité fonctionnelle d'adaptation (EGF) : _____

7. Niveau de capacité fonctionnelle d'adaptation le plus élevé depuis un an – notation EGF(0-100) : _____

8. Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) :

9. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :
Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments Été hospitalisé
Subi des examens Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (**ce qu'il ne peut pas faire**)? _____

2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (**ce qu'il ne doit pas faire**)? _____

3. Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non Oui

PARTIE 3 – TRAITEMENT

1. Médicaments – nom et posologie : _____

2. Stratégies de la médication
Augmentation progressive : _____
Potentialisation : _____
Associations médicamenteuses : _____
Changements de médication : _____
3. Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non Oui un travailleur social? Non Oui
un psychologue? Non Oui un autre intervenant des services de santé? Non Oui
Dans l'affirmative, nom de l'intervenant : _____
4. Hospitalisation : Du

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

 au

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Nom de l'hôpital : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Date du début de l'invalidité :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

 Prochaine consultation :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--
2. Autres dates de consultation :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

 Périodicité du suivi : _____
3. Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
4. Durée approximative de l'invalidité : Nombre de semaines _____ ou Nombre de mois _____ ou Indéterminée
ou Date de retour au travail :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--
5. Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

À temps partiel À temps plein Retour progressif ; Veuillez en donner la raison : _____

6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Semaine 1 : _____ jours/semaine Date :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

 Semaine 3 : _____ jours/semaine Date :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Semaine 2 : _____ jours/semaine Date :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

 Semaine 4 : _____ jours/semaine Date :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Prénom et nom : _____ Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Adresse : _____ Télécopieur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez : _____
Signature : _____ Date :

	A					M				J				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
Règlements, Invalidité
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces
Règlements, Invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes

COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.)

Prénom : _____ Nom : _____

N° de police : 28840 N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____

Date de naissance :

	A		M			J			

AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie de la présente « Autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant : _____ Date :

	A		M			J			

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--

Tél. au domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. au travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PART 1 – DIAGNOSTIC

1. Principal : _____

2. Secondaire : _____

3. Complications : _____

4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :

Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments

Été hospitalisé Subi des examens Précisez la date de toute période de traitement : _____

5. a) L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient?

Non Oui Dans l'affirmative, précisez : _____

b) L'invalidité est-elle liée à : Un accident Une maladie Un accident du travail Une maladie professionnelle

Un accident d'automobile Date de l'événement :

	A		M			J			

c) S'agit-il d'une grossesse? Non Oui Date prévue de l'accouchement :

	A		M			J			

S'agit-il d'un retrait préventif? Non Oui Date du début :

	A		M			J			

6. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer les fonctions de son emploi ou d'accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique.

Au début de l'invalidité	Date :	Actuellement

Taille : _____ m Poids : _____ kg Droitier Gaucher

