

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

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. État cardiaque (si l'invalidité y est liée) :
- a) Capacité fonctionnelle (American Heart Association) Catégorie 1 (aucune limitation) Catégorie II (légère limitation)
 Catégorie III (limitation importante) Catégorie IV (limitation grave)
- b) Pression artérielle (dernière visite) : Systolique _____ Diastolique _____
- c) 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. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
- a) des examens ou des tests? Non Oui Précisez : _____
- b) une chirurgie? Non Oui D'un jour Type : _____ Date :

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

 Nature de l'intervention chirurgicale : _____
- c) d'autres traitements? Non Oui Précisez : _____
- d) une hospitalisation : du

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

 au

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

 Nom de l'hôpital : _____
- e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité :

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

 Date du début de l'invalidité :

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

 Prochaine consultation :

--	--	--	--	--	--	--	--
2. Autres dates de consultation :

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

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

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

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

 À temps partiel À temps plein Retour progressif ; Veuillez en donner la raison : _____
6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le :

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

 Semaine 1 : _____ jours/semaine Date :

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

 Semaine 3 : _____ jours/semaine Date :

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

 Semaine 2 : _____ jours/semaine Date :

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

 Semaine 4 : _____ jours/semaine Date :

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

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Prénom et nom : _____ Téléphone :

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

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

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

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

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

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