

ASSURANCE  
COLLECTIVE



F54-382(16-09)

# Demande de règlement invalidité

Demande de prolongation



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

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.

[ia.ca](http://ia.ca)

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

<b>Québec</b> C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5	<b>Toutes les autres provinces</b> 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7
----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

## INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

### PARTICIPANT

1. Veuillez remplir la *Déclaration du participant*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude de votre dossier. N'oubliez pas de signer la section « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 4.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état (physique et/ou psychologique). Vous devez aussi remplir la section « Coordonnées du participant » ET signer l'« Autorisation du participant » qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, etc.).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, une preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèques d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c) Veuillez retourner le document au complet à l'adresse mentionnée ci-dessus sans détacher les pages.

### MÉDECIN TRAITANT

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (physique et/ou psychologique) de votre patient, en ayant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialiste, etc.).

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

**Québec** C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Toutes les autres provinces** 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 OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.

**PARTIE 1 – COORDONNÉES**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin  Masculin

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Emploi : \_\_\_\_\_ Langue : Français  Anglais

**PARTIE 2 – SITUATION ACTUELLE**

1. Depuis la date de la demande initiale :
- 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 : \_\_\_\_\_
4. Quand pensez-vous retourner au travail à temps plein ou à temps partiel? \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – 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 \_\_\_\_\_

– 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 4 – 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 Bureau de renseignements médicaux, 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 la 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. (la Société) 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) la Société 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) la Société 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 : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. au domicile : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_

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

**Québec**  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Toutes les autres provinces**  
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.)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance :

**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 Bureau de renseignements médicaux, 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 la 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 :

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal :

Tél. au domicile :

**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**

1.1. Principal : \_\_\_\_\_

1.2. Secondaire : \_\_\_\_\_

1.3. Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation :

Scan  IRM  ECG  Autres tests, investigations  : \_\_\_\_\_

(Joindre les copies des résultats récents.)

Votre patient est-il? Droitier  Gaucher

1.4. Veuillez dresser la liste des symptômes que vous avez constatés personnellement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PARTIE 2 – TRAITEMENTS ET VISITES

2.1. Médication : \_\_\_\_\_

Date de début	Nom	Posologie	Fréquence

2.2. Traitements additionnels (Précisez le type et la fréquence.) : \_\_\_\_\_

2.3. Chirurgie (date, nature de l'intervention) : \_\_\_\_\_

2.4. Hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

2.5. Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

## PARTIE 3 – SUIVI MÉDICAL ET PRONOSTIC

3.1. Date de la dernière consultation : 

A	M	J							

 Prochaine consultation : 

A	M	J							

3.2. Tests et examens à venir, précisez : \_\_\_\_\_

3.3. Fréquence du suivi : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

3.4. Orientation vers un spécialiste? Non  Oui  Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

3.5. Date prévue de consultation d'un spécialiste : 

A	M	J							

 Spécialité : \_\_\_\_\_

3.6. Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

3.7. Évolution : Progressive  Stable  Régressive

3.8. Si vous prévoyez que cette absence au travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.9. Collaboration du patient à son traitement : Excellent  Moyenne  Médiocre

3.10. Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui

3.11. Durée approximative de l'incapacité : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ou Date de retour au travail 

A	M	J							

 ou Indéterminée

3.12. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner à : Son travail habituel? \_\_\_\_\_

Ou un autre travail? \_\_\_\_\_

À temps partiel  À temps plein  En retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS**

**4.1. Condition cardiaque** (si l'invalidité y est liée) : Capacité fonctionnelle selon l'*American Heart Association*

- Catégorie 1 (aucune restriction)       Catégorie 2 (légère restriction)   
Catégorie 3 (restriction importante)       Catégorie 4 (restriction complète)

**4.2. Capacités fonctionnelles** : Au cours d'une journée de travail de 8 heures, pendant combien de temps votre patient peut-il faire les actions suivantes :

- Rester assis : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h   
• Rester debout : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h   
• Marcher : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut soulever ou transporter : (Cochez une case.)

- des objets de plus de 100 lb et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb.
- des objets de plus de 100 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb au plus.
- des objets de plus de 50 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 25 lb au plus.
- des objets de plus de 20 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 10 lb au plus.
- des objets de plus de 10 lb au plus et transporter parfois des petits objets.

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut faire les actions suivantes à un pourcentage de :

Fonctions des membres		Parfois (0 % à 33 %)	Souvent (33 % à 66 %)	Constamment (67 % à 100 %)	Jamais
Simple préhension	MSG/MSD				
Manipulation délicate	MSG/MSD				
Saisie de clavier (à l'aide des doigts)	MSG/MSD				
Rotation – extension épaule	MSG/MSD				
Rotation – extension coude	MSG/MSD				
Utilisation de commande aux pieds	MIG/MID				

MSG : Membre supérieur gauche      MIG : Membre inférieur gauche      MSD : Membre supérieur droit      MID : Membre inférieur droit

**4.3. Toute autre limitation ou restriction non mentionnée ci-dessus?**

---

---

**4.4. Complications de grossesse** : Si votre patiente est enceinte, date prévue d'accouchement?    A    M    J

Quels sont les signes et les symptômes et les raisons médicales qui empêchent votre patiente d'occuper son emploi?  
(Veuillez joindre le dernier dossier obstétrical.) :

---

---

**PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

1. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ 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.**