

Demande de règlement invalidité (demande initiale) Déclaration du médecin traitant Maladie à caractère psychologique

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

Section 1 À être remplie par l'employé(e)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 ___ / ___ / ___ _____ Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Cellulaire _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Cellulaire _____

J'autorise par la présente 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 Assomption Vie 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 a la même valeur que l'original. La présente autorisation n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'employé(e) _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant

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

1. Diagnostic

- A) Principal (Axe I): _____
- B) Secondaire (Axe II, III): Trouble de la personnalité et autres conditions médicales : _____
- C) Identifiez les symptômes courants que vous avez observés lors de vos évaluations. _____
- D) Degré de sévérité de la symptomatologie : Légère Moyenne Sévère Accompagnée d'éléments psychotiques
- E) L'interruption de travail résulte de difficultés liées à :
 La vie conjugale/familiale Perte d'un emploi Alcoolisme, toxicomanie ou dépendance au jeu
 Problèmes professionnels Problèmes personnels ou interpersonnels Autre (préciser) : _____
- F) Niveau actuel de l'échelle de fonctionnement global (EFG) : _____
- G) Niveau EFG le plus élevé depuis un an (0-100) _____
- H) Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) : _____
- I) Pour les maladies ou symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics susmentionnés, le/la patient(e) a antérieurement:
 Reçu des traitements médicaux Pris des médicaments Consulté un autre médecin
 Subi des examens Été hospitalisé(e)
 Préciser la date des épisodes antérieurs, le cas échéant : (JJ/MM/AAAA) _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)

4. Suivi et pronostic

- A) Date de la première consultation pour ce problème de santé mentale : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
Date auquel l'état de santé mentale a empêché le retour au travail : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
- B) Prochaine consultation : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
Autres dates de consultation : (JJ/MM/AAAA) _____
Fréquence du suivi : _____
- C) Le patient/la patiente sera-t-il/elle référé(e) à un psychiatre? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer son nom : _____
- D) Durée approximative du rétablissement: Nombre de semaines _____ Nombre de mois _____ Indéterminée
- E) Quand le patient/la patiente sera-t-il/elle apte à reprendre le travail? (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 Temps partiel Temps plein Retour progressif Veuillez en donner la raison : _____

5. Coordonnées du médecin traitant

Prénom _____ Nom _____
Adresse complète _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
 Omnipraticien Spécialiste (précisez) _____ Autre (précisez) _____

Signature du médecin traitant _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

**À NOTER: TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT
À LA CHARGE DU/DE LA PATIENT(E).**