

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

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

Section 1 être remplie par l'employé(e)

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

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 : _____
- B) Secondaire : _____
- C) Complications : _____
- D) Pour les maladies ou symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics susmentionnés, votre patient a antérieurement :
 Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments Été hospitalisé(e) Subi des examens
 Précisez la date de toute période de traitement : _____
- E) L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient/de la patiente? Oui Non
 Si oui, préciser : _____
- F) L'invalidité est-elle liée à : Un accident Un accident du travail Une maladie professionnelle
 Une maladie Un accident d'automobile
 Date de l'évènement : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___
- G) S'agit-il d'une grossesse? Oui Non Date prévue de l'accouchement : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___
 S'agit-il d'un retrait préventif? Oui Non Date du début : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___
- H) Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient(e) d'exercer les fonctions de son emploi ou d'accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique.

Au début de l'invalidité	Date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___	Actuellement

 I) Taille? _____ pi/po OU _____ m/cm Poids? _____ lb OU _____ kg Droitier(e) Gaucher(e)

Nom de l'employé(e) : _____

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

2. Limitations et restrictions

A) Quelles sont les limitations actuelles du patient/de la patiente? (ce qu'il/elle ne peut pas faire) _____

B) Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient/à la patiente? (ce qu'il/elle ne doit pas faire) _____

C) Le patient/la patiente est-il/elle en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Oui Non

D) État cardiaque (si l'invalidité y est liée) :

Capacité fonctionnelle (American Heart Association) Catégorie I (aucune limitation) Catégorie III (limitation importante)
 Catégorie II (légère limitation) Catégorie IV (limitation grave)

Tension artérielle (dernière visite) : Systolique _____ Diastolique _____

E) Capacité de travail actuelle :

- Sédentaire - soulever un maximum de 10 livres
 - soulever et transporter à l'occasion
 - surtout s'asseoir et parfois marcher et se tenir debout
- Léger - soulever un maximum de 20 livres
 - soulever et transporter fréquemment jusqu'à 10 livres.
 - peut être tenu(e) de marcher et de se tenir debout assez souvent
 - peut comprendre s'asseoir en poussant et en tirant des commandes à la main ou à la jambe
- Moyen - soulever un maximum de 50 livres
 - soulever et transporter fréquemment jusqu'à 20 livres
 - peut comprendre s'asseoir en poussant et en tirant des commandes à la main ou à la jambe
- Lourd - soulever un maximum de 100 livres
 - soulever et transporter fréquemment jusqu'à 50 livres

Observations : _____

Nom de l'employé(e) : _____

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

3. Traitement

A) Médicaments

Nom : _____	Posologie : _____	Date prescrit (JJ/MM/AAAA) _____
Nom : _____	Posologie : _____	Date prescrit (JJ/MM/AAAA) _____
Nom : _____	Posologie : _____	Date prescrit (JJ/MM/AAAA) _____
Nom : _____	Posologie : _____	Date prescrit (JJ/MM/AAAA) _____
Nom : _____	Posologie : _____	Date prescrit (JJ/MM/AAAA) _____

AC-EMI-015

B) Est-ce que le patient/la patiente a subi ou subira :

Des examens ou des tests? Oui Non Précisez : _____
 Un court séjour en observation: Oui Non Nombre d'heures : _____
 Une chirurgie? Oui Non D'un jour Date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____ Type : _____
 Autres traitements (physio, etc.) Oui Non Type : _____ Nom du praticien : _____
 Date du début : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

C) Hospitalisation : du (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____ au ___ / ___ / ____
 Nom de l'hôpital : _____ Lieu : _____

4. Suivi et pronostic

A) Date de la première consultation pour cette invalidité : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 Date à laquelle le présent problème de santé a empêché le retour au travail : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

B) Prochaine consultation : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 Autres dates de consultations : (JJ/MM/AAAA) _____
 Fréquence des suivis : _____

C) Le patient/la patiente sera-t-il/elle référé(e) à un autre médecin? Oui Non Nom du médecin : _____
 Spécialité : _____

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 (préciser) _____ Autre (préciser) _____

Signature du médecin traitant _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

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