

# **DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**

(DEMANDE INITIALE)



### Demande de règlement invalidité (demande Initiale) Directives

Si l'employé(e) reçoit actuellement des prestations d'invalidité de courte ou longue durée et désire faire la demande pour le passage à l'invalidité de longue durée, veuillez utiliser les formulaires « Demande de règlement invalidité — Demande pour le passage d'invalidité de courte durée à l'invalidité de longue durée ».

#### Preneur (employeur ou administrateur du régime)

- Veuillez remplir la Déclaration du preneur, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
- Pour toute demande de prestations d'invalidité de longue durée ou d'exonération des primes sans période d'invalidité de courte durée,
   Assomption Vie doit recevoir le formulaire dûment rempli et signé par l'ensemble des parties 6 à 8 semaines avant l'expiration du délai de carence.

#### Employé(e)

- 1. Veuillez remplir la *Déclaration de l'employé(e)*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer l' « Autorisation et attestation » à la section 7 du formulaire.
- Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état de santé (physique et/ou psychologique).
   Vous devez aussi remplir la section 1, dont les coordonnées et l'autorisation du participant, qui précède la déclaration du médecin.
- 3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations reçu 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).
- 4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 ci-dessus (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.), ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

#### À noter :

- a) <u>Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.</u>
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. Veuillez ne pas utiliser d'agrafes.

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective

C.P. 160 /770 rue Main

Moncton NB E1C 8L1.

Téléphone: 1-888-869-9797 Télécopieur: 506-853-5434

c) Il vous est également possible de numériser les formulaires et de les envoyer par courriel à l'adresse suivante : vieinvalidite@assomption.ca.

#### Médecin traitant

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



Demande de règlement invalidité (demande initiale	e) Déclaration du preneur	
Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue de	lurée Exonération des primes	
Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions	et écrire en caractères d'imprimerie.	
Nom du preneur Nom de la personne	ie autorisée	
Adresse Ville	Province	Code postal
Téléphone Courriel	Télécopieur	
Section 1 Renseignements sur I em	ployé(e)	
Prénom de l'employé(e) Nom de l'employé(e)	Police Division C	Certificat
1. Emploi (Veuillez joindre une description de tâches et compléter les informations ci-dessous)		
Poste actuel :	Date de début : (JJ/MM/AAAA)//	/
Type d'emploi : Régulier à temps plein Régulier à temps partiel Temp	poraire Saisonnier	
Est-ce que l'employé(e) est:  À salaire horaire  Salarié(e)  À commission	(Joindre T4 pour 2 dernières années)	
2. Environnement physique de l'emploi		
	entre elles prend-elle par semaine? es :es :	
Pour les questions B, D et E, utilisez les définitions suivantes pa Occasionnellement : 0%-15% du temps <u>F</u> réquemment : 16%-50% du tem		mps
B) L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs d	des conditions suivantes?	
Fréquence O F C Fréquence O F C	Fréquence	O F C
Extérieur	<ul><li>Au-dessus ou sous le niveau du so</li><li>Manutention de produits chimiqu</li></ul>	_ : =: = : =
C) L'emploi implique-t-il d'autres risques?  Oui  Non Si oui, énumérez :		
D) Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous :		
Fréquence     O     F     C     Fréquence     O     F     C       S'accroupir     S'accroupir     Se pencher     S'accroupir     S'ac	Fréquence  S'étirer/travailler au-dessus de la tête Grimper Escaliers (N <sup>bre</sup> de marches Échelles (hauteur)	
E) Décrivez l'activité et indiquez la fréquence :		
☐ Pousser	: :	:: ∏lb
Soulever/transporter		
F) Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils cours de son travail.	ou tout autre équipement utilisé par l'er	nployé(e) au
Type d'équipementType d'équipement	N <sup>bre</sup> fois/jour N <sup>bre</sup> fois/jour	



Prénom de	remployé(e) Nom de l'employé(e) Police Division Certificat							
	Section 1 Renseignements sur l employé(e) (suite)							
G)	L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts?  Oui  Non Si oui, veuillez expliquer :							
Н)	L'emploi requiert-il de la dextérité?  Oui Non Si oui, veuillez expliquer :							
I)	Y a-t-il d'autres facteurs liés au travail qui pourraient avoir une influence sur le retour au travail de l'employé(e)?							
3. Cogr	tif / Environnement de travail non physique							
A)	Est-ce que l'employé(e) doit répondre à des plaintes? 🔲 Oui 🔲 Non							
В)	Est-ce que l'employé(e) est évalué(e) principalement sur la production? 🗌 Oui 📗 Non							
C)	Est-ce que l'employé(e) travaille de près avec ses collègues de travail?   Oui  Non							
D)	Est-ce que l'employé(e) est responsable de l'atteinte d'objectifs et de prises décisionnelles dans son département? 🗌 Oui 🔲 Non							
E)	Nombre de personnes que l'employé(e) supervise :							
F)	Quel pourcentage de temps (%) l'employé(e) passe-t-il/elle dans les activités suivantes :  Parler : (%)							
G)	Veuillez énumérer les autres aspects pertinents du travail qui pourraient être perçus comme étant stressants :							
4 Tâch	s professionnelles et rendement							
	A quel moment le problème de santé de l'employé(e) a-t-il affecté son travail? (JJ/MM/AAAA) / /							
В)	De quelles manières le rendement de l'employé(e) a-t-il changé depuis le début du problème de santé actuel?							
C)	Des modifications ont-elles été apportées au niveau des tâches de l'employé(e) en raison du problème de santé actuel?							
D)	Si l'employé(e) pouvait retourner au travail à temps partiel ou à des tâches modifiées, un tel travail serait-il disponible?							



Prénom	de l'employé(e) Nom de l'employé(e) Police Division Certificat
	Section 1 Renseignements sur l employé(e) (suite)
. Assu	urance et emploi
A)	L'assurance était-elle en vigueur le premier jour du présent arrêt de travail?  Oui  Non Si oui, quelle est la date d'en vigueur de la couverture d'assurance invalidité de l'employé(e)? (JJ/MM/AAAA) / / Si non, veuillez expliquer:
B)	Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) / / Date de début du poste actuel : (JJ/MM/AAAA) / / Nombre d'heures travaillées :
C)	Date de retour au travail (le cas échéant) : / Temps plein Temps partiel Emploi régulier
D)	Principale cause du présent
E)	À la date du début du présent problème de santé, l'employé(e) était-il/elle?  En congé <b>avec</b> solde  En mise a pied temporaire  En suspension disciplinaire <b>sans</b> solde  Autre:  En congé <b>sans</b> solde  En vacance  En suspension disciplinaire <b>avec</b> solde
	Section 2 Renseignements sur l'horaire de travail et la rémunération du participant
1.	Précisez les heures de travail d'une semaine normale: S'il s'agit d'un horaire irrégulier, veuillez fournir l'horaire journalier. lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche
2.	Salaire brut précédent la date d'invalidité :\$ pourheures de travail annuel mensuel bimensuelle hebdomadaire aux deux semaines  Date effective du salaire : (JJ/MM/AAAA) / /
3.	Crédits d'impôts :         Fédéral (TD1) :         Provincial (TPD1) :
4.	L'employé(e) a-t-il/elle touché ou touchera-t-il/elle des sommes autres que des prestations d'assurance salaire au cours de la période d'arrêt de travail?   Oui   Non Pour la période du au au
	Précisez : uacances congé de maternité assurance-emploi (DRHC) congé de maladie congé férié
5.	L'employé(e) a-t-il/elle présenté ou a-t-il/elle l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes énumérés cidessous?   Oui Non
	Si oui, préciser : Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire  Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire  Développement des ressources humaines du Canada (DRHC)  Régime de pensions du Canada (RPC) - rente d'invalidité / rente de retraite  Régie des rentes du Québec (RRQ) - rente d'invalidité / rente de retraite
6.	Si l'employé(e) reçoit déjà des indemnités d'un des organismes énumérés ci-dessus, veuillez en préciser le montant :
7.	Si l'employée est enceinte, la demande d'un retrait préventif a-t-elle été soumise ou sera-t-elle soumise à la CSST (Québec seulement)?  Oui Non
8.	Est-ce que l'employé(e) est de retour au travail?  Oui Non Si oui, à quelle date? (JJ/MM/AAAA)



Prénom (	de l'employé(e)	Nom de l'employé(e)	Police	Division	Certificat
	Section 2 – Ren	seignements sur l'horaire de tr	avail et la rémunératio	n du participant	
9.	Cette personne est-elle toujours à s Si non, indiquez la date de cessatio Raison :	n d'emploi : (IJ/MM/AAAA) /	/		
10.	Est-ce que cette personne a reçu u Veuillez spécifier le code attribué :		n -		
11.	Veuillez fournir toute information s	supplémentaire jugée à propos dan	s l'évaluation de cette den	nande.	
Prénom et	nom de la personne autorisée (en lettres mou	lées)	Titre		
Signature			Date (JJ/M	IM/AAAA)	



			ent invalidi					Olushe								
Nature de la demar	nde : 🔲 Inv	alidité de co	urte durée	∐ Inva	lidité de	longue	durée		Exonérat	ion des <sub>l</sub>	orimes					
Pour assurer le traite	ment rapide d	le la demande	e, veuillez répo	ondre à to	utes les c	question	ns et obt	enir to	utes les si	gnatures	requises					
Prénom			Nom					Police		Division		Ce	rtific	at		-
Numéro d'assurance social	2		Langue: 🔲 F	Français [	Anglai	S		/ / issance (	 JJ/MM/AAA	4)	Sexe:		F [	□ №	1	
Adresse					Ville				Pro	vince	<del></del>	Cod	le pos	stal		_
Télécopieur			Courriel													_
Téléphone – Résidence			Téléphone – Tra	avail			-	Télép	hone – Cellu	laire						
			Section :	1 – Rense	igneme	nts gér	néraux									
Formation : Niveau d'éducation : Expérience de travail Si vous avez de l'assu	:							- - - autor	Langue   Langue	écrite :	Fran	nçai	s [	A	ngla	
employeur ou d'un co							otneque	, autoi	nobile ou	autre as	sociation,	u	uii ai	utie		
Nom de l'assureur	Police	Certificat	Date du dék prestatio	ons			e de pres J/MM/AAA		5		tant des stations		Heb ou l			
			//		/	/	_ au _	/	_/		\$ \$			H H	ᆖ	M
			//		/	<u> </u>	au _ au _	/_ /	_/		\$ \$	_	$\exists$	Н	ᆖ	M M
			Section	on 2 – Mo	tif de la	dema	nde									
1. Si le congé	de maladie es	t dû à un acci	dent, préciser	r:												
A) Lieu de l'ac	cident : M	aison 🔲 -	Travail 🗌	Ailleurs (s	pécifier) _											
B) Date de l'ad	ccident : (IJ/MM	1/AAAA) / _	/													
C) Circonstand	es :															_
																_
																_
																_
			vous étiez : [ pec, veuillez so													_
			à des problèr						Non							_
																_
																_
																_



	Section 3 - Emploi						
1.	Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) / / Depuis quand êtes vous inapte au travail? (JJ/MM/AAAA) / / Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler						
2.	Décrivez les tâches de votre emploi que vous ne pouvez plus accomplir.						
3.	Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un deuxième emploi?   Oui   Non  Si oui, veuillez préciser :						
	Section 4 – Situation actuelle						
1.	A) Êtes-vous confiné(e) à la maison?  Oui  Non B) Êtes-vous alité(e)?  Oui  Non C) Êtes-vous hospitalisé(e)?  Oui  Non						
2.	Décrivez tous vos symptômes, incluant la sévérité et la fréquence.						
	·						
3.	Décrivez votre routine quotidienne depuis le début du présent arrêt de travail.						
٥.							



5.

6.

	:	Section 5 – Reve	nus d'autres sources		
1. Effectuez-vous actuelleme	ent un travail quelc	onque, même à te	mps partiel, contre rémui	nération ou profit?	Oui Non
Veuillez indiquer votre ad prestations de ces sources				enu ou votre renond	ciation au versement de
Source	Demande soumise	Intention de soumettre une demande	Date de la demande de réclamation (JJ/MM/AAAA)	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fréquence et montan des paiements
égime de pensions du anada/ Régime des rentes du uébec	☐Oui ☐Non	□Oui □Non	//	//	
evenu de retraite/ écurité sociale	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non	//	//	
ommission des accidents du ravail/CSST	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non	//	//	
ssurance-emploi du Canada	□Oui □Non	☐Oui ☐Non	//	//	
restation d'assurance utomobile	□Oui □Non	☐Oui ☐Non	//	//	
ension d'invalidité d'ancien ombattant	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non	//	//	
ssurance vie collective ou ssurance salaire	□Oui □Non	□Oui □Non	//	//	
ssurance vie individuelle ou ssurance salaire	□Oui □Non	□Oui □Non	//	//	
utre (préciser) :	□Oui □Non	□Oui □Non	//	//	
VEUILLEZ FOUR	NIR UNE COPIE DE	LA CORRESPONDA	ANCE CONFIRMANT LE VE	RSEMENT DE LA PR	ESTATION
	S	ection 6 – Méde	cin et antécédents		
Nom de votre médecin tra Adresse :					
Téléphone :			Télécopieur : _		
<ol> <li>Avez-vous été hospitalisé</li> <li>Nom de l'hôpital :</li> </ol>				Date : (JJ/MM/AAAA) Lieu :	
3. Quand vos symptômes so	nt-ils apparus?				

Avez-vous déjà eu une condition médicale ou subi une blessure de nature semblable? 

Oui 

Non Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit des médicaments? Oui Non Si oui, les prenez-vous régulièrement? Oui Non



	Assurance collective
Nom de l'employé(e)	l:

#### Section 6 - Médecin et antécédents (suite)

8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité(e) au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement (JJ/MM/AAAA)	Traitement prescrit, médicament, autres	Nom du médecin	Adresse du médecin
	//			
	//			
	//			
	//			
	//			

#### Section 7 – Autorisation et attestation

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective et à tout autre formulaire ou document complémentaire, j'autorise Assomption Vie, Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie du Canada, ses employés, ses représentants, ainsi que ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux, et toute autre personne ou partie que j'autorise.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement des prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tout antécédent médical et toute prestation.

Je transfère et cède à Assomption Vie, et j'accepte de payer et de rembourser à Assomption Vie, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui est recevable de toute autre source, y compris, mais sans s'y limiter, le Régime de pensions du Canada, la Commission des accidents du travail et tout autre contrat d'assurance.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Prénom et nom de l'employé(e) (en lettres moulées)	
Signature de l'employé(e)	Date (JJ/MM/AAAA)

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.



#### Demande de règlement invalidité (demande initiale) - Déclaration du médecin traitant – Maladie à caractère physique Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes Nature de la demande : Section 1 – À être remplie par l'employé(e) Prénom Nom Police Division Certificat 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 Principal: A) B) Secondaire: Complications :\_\_\_ C) 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 : L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient/de la patiente? Oui Non Si oui, préciser : 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) \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Oui Non Date prévue de l'accouchement : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / G) S'agit-il d'une grossesse? Oui Non Date du début : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ S'agit-il d'un retrait préventif? 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) 5114-00F-SEPT13 Page 10 de 15



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) Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient/à la patiente? (ce qu'il/elle ne doit pas faire) Le patient/la patiente est-il/elle en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? 🔲 Oui 🔲 Non 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 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: Nom:\_\_\_\_\_ Posologie: Posologie : \_\_\_\_\_ Posologie: Nom: Posologie: 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) / / Hospitalisation : du (JJ/MM/AAAA)\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/ Nom de l'hôpital : 4. Suivi et pronostic 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 : (IJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_/ Prochaine consultation: (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Autres dates de consultations : (JJ/MM/AAAA) Fréquence des suivis : Le patient/la patiente sera-t-il/elle référé(e) à un autre médecin? 🔲 Oui 🔲 Non 💮 Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_ Spécialité : Durée approximative du rétablissement: Nombre de semaines \_\_\_\_\_ Nombre de mois\_\_\_\_\_ Indéterminée D) Quand le patient/la patiente sera-t-il/elle apte à reprendre le travail? (IJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Temps partiel Temps plein Retour progressif Veuillez en donner la raison : Date de début : (JJ/MM/AAAA) / / Plan de retour au travail recommandé : Semaine 1 \_\_\_\_\_ jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Semaine 2 \_\_\_\_\_ jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / / Semaine 3 \_\_\_\_\_ jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Semaine 4 \_\_\_\_\_ jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / / Coordonnées du médecin traitant Nom \_\_\_\_ Prénom Adresse complète Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ Omnipraticien Spécialiste (préciser) \_\_\_\_\_ Autre (préciser) \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) Signature du médecin traitant

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



Demande de règlement invalidité (demande initiale) - Déclaration du médecin traitant – Maladie à caractère psychologique Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Nature de la demande : Exonération des primes Section 1 – À être remplie par l'employé(e) Prénom Police Division Certificat \_\_/\_\_/\_\_ 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): Secondaire (Axe II, III): Trouble de la personnalité et autres conditions médicales : Identifiez les symptômes courants que vous avez observés lors de vos évaluations. Degré de sévérité de la symptomatologie : Légère Moyenne Sévère Accompagnée d'éléments psychotiques L'interruption de travail résulte de difficultés liées à : La vie conjugale/familiale Perte d'un emploi Alcoolisme, toxicomanie ou dépendance au jeu Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Problèmes professionnels Problèmes personnels ou interpersonnels Niveau actuel de l'échelle de fonctionnement global (EFG) : \_\_\_\_\_\_ F) Niveau EFG le plus élevé depuis un an (0-100) Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives): Pour les maladies ou symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics susmentionnés, le/la patient(e) a antérieurement: I) Reçu des traitements médicaux Pris des médicaments Consulté un autre médecin Été hospitalisé(e) Préciser la date des épisodes antérieurs, le cas échéant : (JJ/MM/AAAA)



Section 2 – A	À être remplie pa	r le médecin	traitant (suite	ſ
	t care rempile par	ic illeacolli	er arearre (Saree	a,

2. Limi	. Limitations et restrictions						
A) 	Quelles sont les limitations actuelles du patient/de la patiente? (ce qu'il/elle r	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/la patient(e) est-il/elle en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'er	ndosser des chèques?					
3. Trait	ement						
A)	Médicaments :  Nom :  Nom :  Nom :  Nom :  Nom :  Nom :	Posologie : Posologie : Posologie :					
B)	Stratégies de la médication (Veuillez fournir le plus de détails possible) :  Augmentation progressive :						
	Potentialisation :						
	Combinaisons pharmacothérapeutiques :						
	Changement de médication :						
C)	Le patient/la patiente a-t-il/elle consulté: Un psychiatre? Oui No Un psychologue? Oui No						
	Si oui, veuillez fournir le nom de(s) intervenant(s) :						
D)	—————————————————————————————————————						



Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_\_

4. Suivi et pronostic							
A)	Date de la première consultation pour ce problème de santé mentale : (JJ/N Date auquel l'état de santé mentale a empêché le retour au travail : (JJ/MM,						
В)	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  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? (и/м	IM/AAAA) / /					
	☐ Temps partiel ☐ Temps plein ☐ Retour progressif Veuillez e	en donner la raison :					
F)	Plan de retour au travail recommandé :  Date de début : (JJ/MM/AAAA) / /  Semaine 1 jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / /  Semaine 2 jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / /  Semaine 3 jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / /  Semaine 4 jour par semaine Date (JJ/MM/AAAA) / /						
5. Coor	5. Coordonnées du médecin traitant						
	Prénom Natresse complète	Nom					
	Téléphone	Télécopieur					
	Omnipraticien Spécialiste (précisez)	Autre (précisez)					
Ü	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).