



Assomption Vie
Assurance collective

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

(DEMANDE INITIALE)

Demande de règlement invalidité (demande Initiale) Directives

Preneur (employeur ou administrateur du régime)

1. Veuillez remplir la *Déclaration du preneur*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. 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.
2. 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) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective
C.P. 160 /770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1.
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068
- 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

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 chaque question 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'examens, rapports de consultation de spécialistes, etc.)

Demande de règlement invalidité (demande initiale) Déclaration du preneur

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée 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 autorisée _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Courriel _____ Télécopieur _____

Section 1 Renseignements sur l'employé(e)

Prénom de l'employé(e) _____ Nom de l'employé(e) _____ Police _____ Division _____ 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 Temporaire Saisonnier

Est-ce que l'employé(e) est: À salaire horaire Salarié(e) À commission (Joindre T4 pour 3 dernières années)

2. Environnement physique de l'emploi

A) Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

Tâches : _____ % Tâches : _____ %
 Tâches : _____ % Tâches : _____ %

Pour les questions B, D et E, utilisez les définitions suivantes pour déterminer la FRÉQUENCE:

Occasionnellement : 0%-15% du temps Fréquemment : 16%-50% du temps Continuellement : 51-100% du temps

B) L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C
<input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Froid ou chaleur extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environnement humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manutention de produits chimique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Fréquence	O	F	C
<input type="checkbox"/> S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escaliers (N ^{bre} de marches _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Échelles (hauteur _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Décrivez l'activité et indiquez la fréquence :

<input type="checkbox"/> Pousser _____	Fréquence :	O	F	C	Poids :	<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
<input type="checkbox"/> Tirer _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg

F) Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par l'employé(e) au cours de son travail.

Type d'équipement _____ N^{bre} fois/jour _____
 Type d'équipement _____ N^{bre} fois/jour _____

Prénom de l'employé(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 : _____

- H) 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)? Oui Non
Si oui, veuillez expliquer : _____

3. Cognitif / Environnement de travail non physique

- A) Est-ce que l'employé(e) doit répondre à des plaintes? Oui Non
- B) 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 : _____ (%) Écrire : _____ (%) Gestion du personnel : _____ (%)
- G) Veuillez énumérer les autres aspects pertinents du travail qui pourraient être perçus comme étant stressants : _____

4. Tâches professionnelles et rendement

- A) A quel moment le problème de santé de l'employé(e) a-t-il affecté son travail? (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
- B) 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? Oui Non
Si oui, veuillez spécifier : _____
- _____
- _____
- D) Si l'employé(e) pouvait retourner au travail à temps partiel ou à des tâches modifiées, un tel travail serait-il disponible? Oui Non
Si non, veuillez expliquer : _____
- _____
- _____

Prénom de l'employé(e) _____

Nom de l'employé(e) _____

Police _____

Division _____

Certificat _____

Section 1 – Renseignements sur l'employé(e) (suite)

5. Assurance 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 effective de l'invalidité de la couverture avec l'assureur précédent si que la date d'invalidité a débuté moins de 12 mois de la couverture courante : Date (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
- C) Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____ Date de début du poste actuel : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
Dernière journée travaillée : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____ Nombre d'heures travaillées : _____
- D) Date de retour au travail (le cas échéant) : ___ / ___ / ____ Temps plein Temps partiel Emploi régulier
(JJ/MM/AAAA)
- E) Principale cause du présent arrêt de travail: Maladie Accident hors travail Accident de travail
 Accident de véhicule à moteur Maladie professionnelle État lié à la grossesse
- F) À la date du début du présent problème de santé, l'employé(e) était-il/elle?
 En congé **avec** solde En mise a pied temporaire En suspension disciplinaire **sans** solde Autre: _____
 En congé **sans** solde En vacance En suspension disciplinaire **avec** solde

Section 2 – Renseignements sur l'horaire de travail et la rémunération du participant

- 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 _____
- Salaire brut précédent la date d'invalidité : _____ \$ pour _____ heures de travail
 annuel mensuel bimensuelle hebdomadaire aux deux semaines
Date effective du salaire : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
- Crédits d'impôts : Fédéral (TD1) : _____ Provincial (TPD1) : _____
- 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 _____
Précisez : vacances congé de maternité assurance-emploi (DRHC) congé de maladie congé férié
- 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 ci-dessous? 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
- Si l'employé(e) reçoit déjà des indemnités d'un des organismes énumérés ci-dessus, veuillez en préciser le montant : _____ \$
Joindre une copie de la lettre d'acceptation.
- 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
- Est-ce que l'employé(e) est de retour au travail? Oui Non Si oui, à quelle date? (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

Demande de règlement invalidité (demande initiale) - Déclaration de l'employé(e)

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

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

Numéro d'assurance sociale _____ Langue: Français Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____ Sexe: F M

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Télécopieur _____ Courriel _____

Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Travail _____ Téléphone – Cellulaire _____

Section 1 – Renseignements généraux

Formation : _____ Langue parlée : Français Anglais
 Niveau d'éducation : _____ Langue écrite : Français Anglais
 Expérience de travail : _____

Si vous avez de l'assurance accident ou maladie par le biais d'un syndicat, créancier, hypothèque, automobile ou autre association, d'un autre employeur ou d'un contrat d'assurance individuelle, veuillez compléter ce qui suit :

Nom de l'assureur	Police	Certificat	Date du début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Période de prestations (JJ/MM/AAAA)	Montant des prestations	Hebdomadaire ou Mensuelle
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Section 2 – Motif de la demande

1. Si le congé de maladie est dû à un accident, préciser :

A) Lieu de l'accident : Maison Travail Ailleurs (spécifier) _____

B) Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

C) Circonstances : _____

D) S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur passager
 Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez soumettre le rapport de police.

2. Votre présent arrêt de travail est-il lié à des problèmes d'ordre professionnel? Oui Non
 Veuillez préciser : _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 5 – Revenus d'autres sources

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit? Oui Non
2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources en raison de votre problème de santé.

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 montant des paiements
Régime de pensions du Canada/ Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Commission des accidents du travail/CSST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance-emploi du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Prestation d'assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie collective ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE CONFIRMANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION

Section 6 – Médecin et antécédents

1. Nom de votre médecin traitant : _____ Date de la première visite : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Télécopieur : _____
2. Avez-vous été hospitalisé pour ce problème de santé? Oui Non Date : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Nom de l'hôpital : _____ Lieu : _____
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? _____

4. Date de la première consultation médicale pour ce problème de santé? (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
5. Avez-vous déjà eu une condition médicale ou subi une blessure de nature semblable? Oui Non Date (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
6. Pourriez-vous reprendre le travail de façon progressive? Oui Non
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit des médicaments? Oui Non Si oui, les prenez-vous régulièrement? Oui Non

Nom de l'employé(e) : _____

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.

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

Prénom et nom de l'employé(e) (en lettres moulées)

Signature de l'employé(e)

Date (JJ/MM/AAAA)

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 – 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

- 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 : _____
Nom : _____	Posologie : _____
Nom : _____	Posologie : _____
Nom : _____	Posologie : _____
Nom : _____	Posologie : _____

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 : _____

- 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. 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.**

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 : _____

- 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. 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).**