



**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 <sup>bre</sup> 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 :	lb	kg
<input type="checkbox"/> Tirer _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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<sup>bre</sup> fois/jour \_\_\_\_\_  
 Type d'équipement \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> 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: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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)**

**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)

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).**