

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande de règlement invalidité

Demande initiale

**À L'INDUSTRIELLE ALLIANCE,
CE QUI COMPTE C'EST VOUS!**



ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

					Z				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande initiale

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Atlantique
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
1055, rue West Hastings, bur. 1130
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9

INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

TITULAIRE DE LA POLICE (employeur ou administrateur du régime)

1. Veuillez remplir la *Déclaration du titulaire de la police*, en prenant soin de répondre à toutes les questions 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, l'Industrielle Alliance doit recevoir le formulaire dûment rempli et signé par l'ensemble des parties **6 à 8 semaines avant l'expiration du délai de carence**.

PARTICIPANT

1. Veuillez remplir la *Déclaration du participant*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer la « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 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 « Coordonnées du participant » ET signer 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 (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèques d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c) Veuillez retourner le document au complet, incluant toutes les pages, à l'adresse mentionnée ci-dessus.

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 toutes les questions 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

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Atlantique
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
1055, rue West Hastings, bur. 1130
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9

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

DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE

POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Nom du titulaire de la police : _____

Adresse : _____ Code postal :

--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Courriel : _____

Nom de la personne autorisée : _____

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

1. Nom du participant _____

2. N° de police :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de division :

--	--	--	--	--	--

 N° de catégorie :

--	--	--	--	--	--

N° de certificat :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Emploi (Joindre une description de tâches et remplir le tableau ci-dessous.) : _____

Type d'emploi : Régulier Affectation temporaire (Précisez la date de début.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Dans la colonne appropriée, spécifier le temps que le participant consacre normalement aux activités suivantes :

- A) Au cours d'une même période, chaque jour, sans pause ni interruption (approximativement)
- B) Dans le cours d'une journée entière (approximativement)

Analyse des exigences physiques		A	B
– À s'asseoir		_____	_____
– À se lever		_____	_____
– À conduire		_____	_____
– À se pencher		_____	_____
– À grimper		_____	_____
– À soulever	0 - 10 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	10 - 20 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	20 - 50 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	50 lb ou davantage <input type="checkbox"/>	_____	_____
Utilisation d'un appareil élévateur?			
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
– À pousser ou à tirer	0 - 10 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	10 - 20 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	20 - 50 lb <input type="checkbox"/>	_____	_____
	50 lb ou davantage <input type="checkbox"/>	_____	_____

5. L'assurance était-elle en vigueur le premier jour de la période d'invalidité? Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer : _____

Dans l'affirmative, quelle est la date d'effet de la couverture d'assurance invalidité du participant?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande initiale
Déclaration du titulaire de la police (suite)

Nom du participant : _____

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (SUITE)

6. Date d'embauche :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date de prise d'effet du certificat :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Dernier jour au travail :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--
7. Date de retour au travail (le cas échéant) :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

 Temps plein Temps partiel Emploi régulier
8. Principale cause de l'absence : Maladie Accident hors travail Accident de travail
Accident de véhicule moteur Maladie professionnelle
9. À la date du début de l'invalidité, l'employé était-il : En vacances? En mise à pied? En congé avec solde?
En congé sans solde? En suspension disciplinaire sans solde?
En suspension disciplinaire avec solde? Autre _____

PARTIE 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 de chaque jour.
Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____
2. Salaire brut précédant la date d'invalidité : _____ \$ Annuel Mensuel Bimensuel Hebdomadaire Autre
pour _____ heures de travail : Annuel Mensuel Bimensuel Hebdomadaire Autre
3. Crédits d'impôts : fédéral (TD1) _____ provincial (TPD1) _____
4. Le participant a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes autres que des prestations d'assurance salaire au cours de la période d'invalidité? Oui Non
Précisez : Vacances Congé de maternité Assurance emploi (DRHC) Congé de maladie Congé férié
Autre _____ Montant _____ \$
Du _____ au _____
5. Le participant a-t-il présenté ou a-t-il l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes énumérés ci-dessous? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
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)
Régie des rentes du Québec (RRQ) Rente d'invalidité Rente de retraite
Régime de pensions du Canada (RPC) Rente d'invalidité Rente de retraite
Autre (Précisez.) _____
6. Si le participant reçoit déjà des indemnités d'un des organismes énumérés ci-dessus, veuillez en préciser le montant : _____ \$. Joindre une copie de la lettre d'acceptation ainsi que le plus récent talon de chèque, le cas échéant.
7. Si nécessaire, êtes-vous en mesure de lui fournir un emploi : avec retour progressif au travail? Oui Non
avec allègement des tâches? Oui Non
8. Veuillez ajouter tout autre commentaire pouvant être utile à l'étude de la demande.
- _____
- _____

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Signature autorisée _____ Date

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**Demande initiale**

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Atlantique
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
1055, rue West Hastings, bur. 1130
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9

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

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.

PARTIE 1 – COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Féminin Masculin
 N° de police : _____ N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____
 Date de naissance : _____ A M J Emploi : _____ Langue : Français Anglais

PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE

- Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, préciser :
 - Lieu de l'accident : Domicile Travail Ailleurs (Précisez.) _____
 - Date de l'accident : _____ A M J Circonstances : _____
 - S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur passager
 Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.
- La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non Oui Précisez : _____

PARTIE 3 – EMPLOI

Date d'embauche : _____ A M J Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date : _____ A M J

- Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler.

- Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir.

- Au moment où vous avez cessé de travailler, occupez-vous un emploi secondaire? Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE

- Êtes-vous obligé de rester à la maison? Non Oui
 Êtes-vous alité? Non Oui
 Êtes-vous hospitalisé? Non Oui
- Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence :

- Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie :

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande initiale

Déclaration du participant (suite)

Nom du participant : _____

PARTIE 5 – REVENUS D'AUTRES PROVENANCES

Avez-vous présenté ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants?

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire Non Oui Date

A	M	J
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non Oui Date

--	--	--	--	--	--
- Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) Non Oui Date

--	--	--	--	--	--
- Régie des rentes du Québec (RRQ) : Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date

--	--	--	--	--	--
- Régime de pensions du Canada (RPC) : Rente d'invalidité Rente de retraite Non Oui Date

--	--	--	--	--	--
- Autre (Précisez.) : _____ Date

--	--	--	--	--	--

Si la demande a déjà été présentée, veuillez nous fournir copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.

PARTIE 6 – MÉDECINS ET ANTÉCÉDENTS

1. Nom de votre médecin traitant : _____ Date de la première visite :

A	M	J

Adresse _____
2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé? Non Oui Date :

A	M	J

Hôpital : _____
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? _____
4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois?

A	M	J
5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable? Non Oui Date :

A	M	J
6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive? Non Oui
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication? Non Oui
En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement? Non Oui
8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin

PARTIE 7 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande.

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) 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 l'Industrielle Alliance 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;
- (ii) l'Industrielle Alliance à échanger avec mon employeur/titulaire de police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) l'Industrielle Alliance et mon employeur/titulaire de police à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification dans le traitement de ma demande.

Une photocopie de la présente « Confirmation et autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Confirmation et autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant _____ Date

A	M	J

Adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Tél. au domicile :

--	--	--	--	--	--

Tél. au travail :

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
Demande initiale

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
 C. P. 800, succursale Maison de la Poste
 Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Atlantique
 522, avenue University, bur. 400
 Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
 1055, rue West Hastings, bur. 1130
 Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes
COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.)

Nom : _____ Prénom : _____

N° de police : _____ N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____

Date de naissance : _____

AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES 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 l'Industrielle Alliance 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 du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant : _____ Date : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Tél. au domicile : _____

Tél. au travail : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.
PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

- Principal : (Axe I) _____
- Secondaire : (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques. _____
- Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet. _____
- Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers Moyens Graves avec éléments psychotiques
- L'interruption de travail résulte de difficultés liées à :
 La vie conjugale/familiale La perte d'un emploi ou une mise à pied
 L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu Des problèmes professionnels
 D'autres types de problèmes (Précisez.) : _____
- Niveau actuel de la capacité fonctionnelle d'adaptation (EGF) : _____
- Niveau de capacité fonctionnelle d'adaptation le plus élevé depuis un an – notation EGF(0-100) : _____
- Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) : _____
- Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :
 Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments Été hospitalisé
 Subi des examens Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Déclaration du médecin traitant
Maladie à caractère psychologique (suite)

Nom du participant : _____

PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (ce qu'il ne peut pas faire)? _____
2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (ce qu'il ne doit pas faire)? _____
3. Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non Oui

PARTIE 3 – TRAITEMENT

1. Médicaments – nom et posologie : _____
2. Stratégies de la médication
Augmentation progressive : _____
Potentialisation : _____
Associations médicamenteuses : _____
Changements de médication : _____
3. Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non Oui un travailleur social? Non Oui
un psychologue? Non Oui un autre intervenant des services de santé? Non Oui
Dans l'affirmative, nom de l'intervenant : _____
4. Hospitalisation : Du

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

 au

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'hôpital : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Date du début de l'invalidité :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prochaine consultation :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Autres dates de consultation :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

 Périodicité du suivi : _____
3. Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
4. Durée approximative de l'invalidité : N^{bre} de semaines _____ ou N^{bre} de mois _____ ou Indéterminée
ou Date de retour au travail :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--
5. Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

À temps partiel À temps plein Retour progressif ; veuillez en donner la raison : _____
6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Semaine 1 : _____ jours/semaine Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Semaine 3 : _____ jours/semaine Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Semaine 2 : _____ jours/semaine Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Semaine 4 : _____ jours/semaine Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Adresse : _____ Télécopieur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez : _____
Signature : _____ Date :

	A								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande initiale

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Atlantique
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
1055, rue West Hastings, bur. 1130
Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9

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

COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.)

Nom : _____ Prénom : _____
N° de police :

--	--	--	--	--	--	--	--

 N° d'assurance sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de certificat :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES 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 l'Industrielle Alliance 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 du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant _____ Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. au domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. au travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTES DOCUMENTATIONS PERTINENTS À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1. Principal : _____

2. Secondaire : _____

3. Complications : _____

4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :

Reçu des traitements médicaux Consulté un autre médecin Pris des médicaments

Été hospitalisé Subi des examens Précisez la date de toute période de traitement : _____

5. a) L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient?

Non Oui Dans l'affirmative, précisez : _____

b) L'invalidité est-elle liée à : Un accident Une maladie Un accident du travail Une maladie professionnelle

Un accident d'automobile Date de l'événement :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c) S'agit-il d'une grossesse? Non Oui Date prévue de l'accouchement :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

S'agit-il d'un retrait préventif? Non Oui Date du début :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer les fonctions de son emploi ou d'accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique.

Au début de l'invalidité	Date :	Actuellement

Taille : _____ m Poids : _____ kg Droitier Gaucher

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Déclaration du médecin traitant
Maladie à caractère physique (suite)

Nom du participant : _____

PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (**ce qu'il ne peut pas faire**)?

2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (**ce qu'il ne doit pas faire**)?

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

a) Capacité fonctionnelle (*American Heart Association*) Catégorie 1 (aucune limitation) Catégorie II (légère limitation)
Catégorie III (limitation importante) Catégorie IV (limitation grave)

b) Pression artérielle (dernière visite) Systolique _____ Diastolique _____

c) Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non Oui

PARTIE 3 – TRAITEMENT

1. Médicaments – nom et posologie : _____

2. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou des tests? Non Oui Précisez : _____

b) une chirurgie? Non Oui D'un jour Type : _____ Date :

A	M	J
---	---	---

Nature de l'intervention chirurgicale : _____

c) d'autres traitements? Non Oui Précisez : _____

d) une hospitalisation : du

A	M	J
---	---	---

 au

A	M	J
---	---	---

Nom de l'hôpital : _____

e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette invalidité :

A	M	J
---	---	---

Date du début de l'invalidité :

A	M	J
---	---	---

 Prochaine consultation :

A	M	J
---	---	---

2. Autres dates de consultation :

A	M	J
---	---	---

 Périodicité du suivi : _____

3. Le patient sera-t-il dirigé vers un autre médecin? Non Oui Nom du médecin : _____

Spécialité : _____

4. Durée approximative de l'invalidité : N^{bre} de semaines : _____ ou N^{bre} de mois : _____ ou Indéterminée

ou Date de retour au travail :

A	M	J
---	---	---

5. Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?

A	M	J
---	---	---

À temps partiel À temps plein Retour progressif ; veuillez en donner la raison : _____

6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le

A	M	J
---	---	---

Semaine 1 : _____ jours/semaine Date :

A	M	J
---	---	---

 Semaine 3 : _____ jours/semaine Date :

A	M	J
---	---	---

Semaine 2 : _____ jours/semaine Date :

A	M	J
---	---	---

 Semaine 4 : _____ jours/semaine Date :

A	M	J
---	---	---

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone :

A	M	J
---	---	---

2. Adresse : _____ Télécopieur :

A	M	J
---	---	---

3. Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez : _____

Signature : _____ Date :

A	M	J
---	---	---

NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.