

#### RÉCLAMATION INVALIDITÉ DEMANDE INITIALE



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

**Québec Règlements, Invalidité**C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces Règlements, Invalidité 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7

## **INSTRUCTIONS**

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

#### TITULAIRE DE POLICE (employeur ou administrateur du régime)

- 1. Veuillez remplir la *Déclaration du titulaire de police*, en prenant soin de répondre à toutes les questions 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, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 8 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) Nous communiquerons avec vous pour vous informer de toute décision et pour vous demander toute information supplémentaire qui pourrait être nécessaire dans le cas d'une invalidité prolongée.
- c) Veuillez retourner le document au complet à l'adresse mentionnée ci-dessus sans détacher les pages.

## **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'examen, rapports de consultation de spécialiste, etc.).



# RÉCLAMATION INVALIDITÉ DEMANDE INITIALE



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

**Québec Règlements, Invalidité**C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces Règlements, Invalidité 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7

#### **DÉCLARATION DU TITULAIRE DE POLICE**

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nature de la demande : Invalidité de courte durée  Invalidité de	e longue durée   Exonération des primes
1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION	
Prénom du participant	Nom
Adresse _	
	Code postal
Meilleur moment pour joindre le participant : avant-midi ☐ après-r	midi 🗆
Date de naissance	
N <sup>O</sup> de police N <sup>O</sup> de certificat N <sup>O</sup> de	catégorie NO de compte (s'il y a lieu)
Date d'effet de l'assurance du participant auprès de iA Groupe financier	A M J
Date de service	
Date d'effet initiale de l'assurance	'embauche
Protections	Montant d'assurance actuel
Protections Assurance vie de base – Participant	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant	
Assurance vie de base – Participant	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint	
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants  Invalidité de longue durée – Participant	Montant d'assurance actuel
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants	Montant d'assurance actuel
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants  Invalidité de longue durée – Participant  2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉM	Montant d'assurance actuel  UNÉRATION DU PARTICIPANT
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants  Invalidité de longue durée – Participant  2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉM  Nombre d'heures de travail d'une semaine normale :	Montant d'assurance actuel  UNÉRATION DU PARTICIPANT  pour chaque journée :  ndredi Samedi Dimanche
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants  Invalidité de longue durée – Participant  2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉM  Nombre d'heures de travail d'une semaine normale :  S'il s'agit d'un horaire irrégulier, indiquez le nombre d'heures travaillées	Montant d'assurance actuel    UNÉRATION DU PARTICIPANT
Assurance vie de base – Participant  Décès et mutilation accidentels de base – Participant  Assurance vie facultative  1. Participant  2. Conjoint  3. Enfants  Invalidité de longue durée – Participant  2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉM  Nombre d'heures de travail d'une semaine normale :  S'il s'agit d'un horaire irrégulier, indiquez le nombre d'heures travaillées  Lundi Mardi Mercredi Jeudi Ve	Montant d'assurance actuel

Au cours de la période d'invalidité, le participant a-t-il touché ou touchera-t-il une des rémunérations suivantes?	
Rémunération de jours fériés 🗆 Paye de vacances 🗆 Rémunération pour congé de maladie 🗆 Autre 🗆	
Montant \$ Période à	
Êtes-vous en mesure d'accommoder : un retour au travail graduel ☐ des tâches modifiées ☐	
3. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI	
Dernier jour travaillé	
S'agit-il d'un accident de travail? Oui ☐ Non ☐	
Est-ce qu'un rapport d'accident a été envoyé à la CSST, à la WSIB, à Worksafe BC, etc.? Oui Non Date	M J
À la date du début de l'invalidité, l'employé était : en vacances $\square$ en mise à pied $\square$ en congé avec solde $\square$ en	congé sans solde $\Box$
en suspension disciplinaire avec solde   en suspension disciplinaire sans solde   Autre   Autre	
Si l'employé est de retour au travail, veuillez spécifier : Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Tâches régulières ☐ Tâc	hes modifiées 🗆
À son dernier jour de travail, le participant occupait le poste suivant :	
Poste Veuillez joindre une description de poste si disponible	
Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? Nombre d'années Nombre de mois	
Si le participant a changé de poste ou a vu ses tâches changer, décrire le poste précédent et fournir la ou les raisons du chou de tâches.	langement de poste
Veuillez fournir tout autre commentaire pertinent relativement à cette réclamation :	
4. RENSEIGNEMENTS SUR LES EXIGENCES PROFESSIONNELLES	
Veuillez remplir ou joindre une analyse des exigences physiques.	
Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le participant consacre-t-il aux activités suivantes?	
Jamais 1-25 % 26-50 % 51-75 % 76-	100 %
	100 %

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le	e participant c	consacre-t-il aux a	ctivités suivantes?		
	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Marcher					
Grimper					
Conduire					
Atteindre des objets au-dessus de la hauteur des épaules					
Atteindre des objets à hauteur des épaules					
Atteindre des objets en dessous de la hauteur des épaules					
Se pencher ou s'accroupir					
S'agenouiller ou ramper					
Combien de temps le participant demeure-t-il dans les pos	itions suivant	es de façon contir	nue et sans pause?		
0-	30 minutes	31-60 minutes	61-90 minutes	plus de 90 minutes	3
Position assise					
Position debout					
Exigences mentales					
Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le	e participant c	consacre-t-il aux a	ctivités suivantes?		
	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Supervision de collègues					
Tâches sous pression					
E DENICEIONEMENTS SUD LE TITULAIRE DE DOLIC	E				
5. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE POLIC	· <b>E</b>				
Nom du titulaire de police					
Adresse				ode postal	
		1		ode postar	
No de téléphone Pos					
Courriel					
Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.					
Nom du signataire autorisé					
			Δ	M .I	
			Date L		
Signature					
Si le titulaire de police ne peut fournir les renseignements s d'une personne-ressource qui serait en mesure de fournir d			ou les tâches du pa	articipant, veuillez d	donner le nom
Nom					
N <sup>O</sup> de téléphone	te LLL				
Courriel					

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel **l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités



## RÉCLAMATION INVALIDITÉ DEMANDE INITIALE



Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région : Québec Toutes les autres provinces Règlements, Invalidité Règlements, Invalidité C. P. 790, succursale B 522, avenue University, bureau 400 Montréal (Québec) H3B 3K6 Toronto (Ontario) M5G 1Y7 Nature de la demande : Invalidité de courte durée 
Invalidité de longue durée 
Exonération des primes 
Invalidité de longue durée 
Exonération des primes 
Invalidité de longue durée 
Invalidité du longue du longue du longue durée 
Invalidité du longue durée 
Invalidité du longue durée 
Invalidité du longue du lon **DÉCLARATION DU PARTICIPANT** POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE PARTIE 1 – COORDONNÉES \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin 🗌 Masculin 🗌 Prénom: \_ N° d'assurance sociale : N° de certificat : \_ \_ Langue: Français 🗌 Anglais 🗍 Emploi: Date de naissance : Telephone: | **PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE** 1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez : - Lieu de l'accident : Domicile 

Travail Ailleurs (Précisez): - Date de l'accident : Circonstances: - S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez: conducteur L passager L Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police. 2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non 🗆 Oui 🗀 Précisez : PARTIE 3 - EMPLOI Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date : L Date d'embauche : 1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. 2. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir. 3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire? Dans l'affirmative, veuillez préciser : **PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE** 1. Êtes-vous obligé de rester à la maison? Êtes-vous alité? Êtes-vous hospitalisé?

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

2. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence :

P	ARTIE 5 – REVENUS D'AUTRE	S PROVENANCES			
Ave	ez-vous présenté ou avez-vous l'	intention de présenter une demande	de prestations à l	'un des organism	nes suivants?
- S	Société de l'assurance automobile Développement des ressources l' Régie des rentes du Québec (RRC Régime de pensions du Canada ( Autre (Précisez) :	Q): Rente d'invalidité Rente d'RPC): Rente d'invalidité Rente d'entée Rente d'entée, veuillez nous fournir une cété prise.	ne similaire e retraite   e retraite	Non Oui Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui	Date A M J
1.	Nom de votre médecin traitant	:	Da	te de la première	visite:
	Avez-vous été hospitalisé pour Hôpital :	cet état de santé? Non 🗆	Oui Date:	A	M J
		apparus?			
7.	Pourriez-vous reprendre votre to Votre médecin traitant vous a-t- En l'occurrence, la prenez-vous Énumérez tous les médecins qu	il prescrit une médication?	Non [ Non [ Non [ dernières années e	Oui 🗌 Oui 🔲	écisions demandées
	Maladie	Date de consultation ou du traitement		nt prescrit, ents, autre	Nom et adresse du médecin
Les	ARTIE 7 – DÉPÔT DIRECT s prestations d'invalidité sont vers ur recevoir vos prestations, veuill	ées par dépôt direct, c'est-à-dire par ez :	virement électronic	que dans un com	ote bancaire.
1. 2.	Indiquer vos informations banc Joindre un chèque avec la men I nº succursale	aires.  tion « annulé » ou un spécimen de cl  n° institution  n° compte	hèque généré par	les services en lig	gne de votre institution financière.
	1 2	3 4			
	<ol> <li>Numéro de la succursale (5 chiffre</li> <li>Numéro de l'institution financière</li> </ol>	es).	nancière (indiquez tous l	es chiffres.)	

## **PARTIE 8 - 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 MIB Inc., 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 police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé mandataire de l'employeur à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») 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) iA Groupe financier 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) iA Groupe financier et mon employeur/titulaire de police à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification dans le traitement de ma demande.
- (iv) iA Groupe financier à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies ci-dessus, tout montant payable à la suite d'une réclamation d'invalidité en vertu de mon régime d'assurance collective. J'atteste que je suis le ou l'un des titulaires de ce compte et que j'ai obtenu toutes les autorisations nécessaires s'il y a lieu pour adhérer au présent dépôt direct. Je consens à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier. Je comprends que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées. Je comprends également que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir. De plus, je comprends et je reconnais que, si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'omets d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le paiement effectué à la suite d'une réclamation d'invalidité est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

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 L
Adresse: Co	ode postal :			
Tél. au domicile : Tél. au travail :				



#### RÉCLAMATION INVALIDITÉ DEMANDE INITIALE



Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région : Québec Toutes les autres provinces Règlements, Invalidité Règlements, Invalidité C. P. 790, succursale B 522, avenue University, bureau 400 Montréal (Québec) H3B 3K6 Toronto (Ontario) M5G 1Y7 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.) Prénom: \_\_ Nom: 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 MIB Inc., 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 police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 \_\_\_ Code postal: Adresse: \_ Tél. au domicile : L 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 DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE. PARTIE 1 - DIAGNOSTIC 1. Principal: (Axe I)\_\_\_ 2. Secondaire: (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques. 3. Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet. 4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers Moyens 🔲 Graves avec éléments psychotiques 5. L'interruption de travail résulte de difficultés liées à : La vie conjugale/familiale La perte d'un emploi ou une mise à pied L L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu 🔲 Des problèmes professionnels 📙 D'autres types de problèmes (Précisez) : \_ 6. Niveau actuel de la capacité fonctionnelle d'adaptation (EGF) : \_\_\_\_\_\_ 7. Niveau de capacité fonctionnelle d'adaptation le plus élevé depuis un an - notation EGF(0-100) : \_\_\_\_ 8. Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) : 9. 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 : \_

P	ARTIE 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 🗍
P	ARTIE 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 leader au leader
	Nom de l'hôpital :
P	ARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC
1.	Date de la première consultation pour cette invalidité :
	Date du début de l'invalidité : 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 psychiatre? Non 🗆 Oui 🗀 Nom du médecin :
	Durée approximative de l'invalidité : Nombre de semaines ou Nombre de mois ou Indéterminée
	ou Date de retour au travail : LLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL
5.	Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?
	À temps partiel A temps plein Retour progressif D, Veuillez en donner la raison :
6.	Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le :
	Semaine 1: jours/semaine Date: L L L L Semaine 2: jours/semaine Date: L L L L L L L L L L L L L L L L L L L
	Semaine 3: jours/semaine Date:   Semaine 4: jours/semaine Date:
	ARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT
1.	Prénom et nom : Téléphone : Téléphone :
2.	Adresse: Télécopieur: Télécopieur
3.	Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez :
Sig	gnature: Date: Date: A M J

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

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités



#### RÉCLAMATION INVALIDITÉ DEMANDE INITIALE



Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région : Québec Toutes les autres provinces Règlements, Invalidité Règlements, Invalidité C. P. 790, succursale B 522, avenue University, bureau 400 Montréal (Québec) H3B 3K6 Toronto (Ontario) M5G 1Y7 Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes Invalidité de longue durée Invalidité durée Invalidité du longue du lon COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.) Prénom: Nom: N° de certificat :\_\_\_ N° d'assurance sociale : L N° de police : \_ 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 MIB Inc., 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 police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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: Code postal: Adresse: Tél. au travail : Tél. au domicile : L 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 DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE 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 : Recu 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 : Oui 🗌 c) S'agit-il d'une grossesse? Non 🗀 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. Date Au début de l'invalidité

Gaucher

Poids: \_\_\_\_\_kg Droitier

P	ARTIE 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 II (lucune limitation)  Catégorie II (légère limitation)  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 O
P	ARTIE 3 – TRAITEMENT
	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:  Date:
	c) d'autres traitements? Non Oui Précisez :
	d) une hospitalisation : du
	Nom de l'hôpital :
	e) un court séjour en observation (nombre d'heures) :
P	ARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC
1.	Date de la première consultation pour cette invalidité :
	Date du début de l'invalidité : Prochaine consultation : Prochaine consultation :
2.	Autres dates de consultation : Périodicité du suivi :
3.	Le patient sera-t-il dirigé vers un autre médecin? Non 🗌 Oui 🗋 Nom du médecin :
	Spécialité :
4.	Plan de retour au travail recommandé : Nombre de semaines ou Nombre de mois ou Indéterminée ou Date de retour au travail :   _
5.	Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail?   À temps partiel   À temps plein   Retour progressif   Veuillez en donner la raison :
6.	Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le :
	Semaine 1: jours/semaine Date: J Semaine 2: jours/semaine Date: A M J
	Semaine 3: jours/semaine Date: Semaine 4: jours/semaine Date:
	ARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT
1.	Prénom et nom : Téléphone : LILILILILILILILILILILILILILILILILILIL
	Adresse: Télécopieur: Télécopieur
3.	Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez :
Sig	gnature: Date: Date:

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