

[www.inalco.com](http://www.inalco.com)

**ASSURANCE COLLECTIVE**

# **Demande de règlement invalidité**

## **Demande de prolongation**

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

 **INDUSTRIELLE  
ALLIANCE**  
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

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

**DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**

**Demande de prolongation**

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

**INSTRUCTIONS**

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

**PARTICIPANT**

1. Veuillez remplir la « Déclaration du participant » en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude de votre dossier. N'oubliez pas de signer la section « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 4.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état (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 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, etc.).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, une 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 (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 spécialistes, etc.).



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

**DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**

**Demande de prolongation**

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 :  A  M  J

**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 :  A  M  J

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 NÉCESSAIRE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

**PARTIE 1 – DIAGNOSTIC**

**1. DIAGNOSTIC selon le DSM IV**

1.1. AXE I) Pathologie psychiatrique : \_\_\_\_\_

1.2. Veuillez décrire les signes et les symptômes et leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun d'eux :

L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AXE II) Troubles de la personnalité associés?  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu?  Non  Oui

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

AXE III) Maladie associée : - diagnostic : \_\_\_\_\_

- médicaments prescrits : \_\_\_\_\_

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

## Maladie à caractère psychologique (suite)

Nom du participant : \_\_\_\_\_

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

- Problèmes personnels ou interpersonnels     Consommation abusive d'alcool ou de drogue ou problèmes de jeu  
 Problèmes conjugaux ou familiaux  
 Perte d'emploi ou mise à pied                       Problèmes professionnels  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

AXE V) Niveau le plus élevé de la capacité fonctionnelle d'adaptation – de l'année dernière : EGF (0-100) \_\_\_\_\_  
 – actuellement : EGF (0-100) \_\_\_\_\_

### PARTIE 2 – TRAITEMENT ET VISITES

2.1. Médication : \_\_\_\_\_

Date de début	Nom	Posologie	Fréquence

2.2. Stratégies du traitement avec la médication :

- Augmentée le \_\_\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_
- Potentialisée le \_\_\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_
- Combinaison le \_\_\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_

2.3. Votre patient consulte-t-il un :

	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Depuis quand?																																										
psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"></td> <td>A</td> <td colspan="4"></td> <td>M</td> <td colspan="4"></td> <td>J</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																A					M					J																
				A					M					J																															
psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																										
travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																										
autre intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																										

2.4. Votre patient est-il suivi :

- Précisez :
- dans le centre de traitement?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 dans un CLSC?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 dans un hôpital de jour?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 en thérapie de groupe?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 en thérapie individuelle?  Non  Oui \_\_\_\_\_

### PARTIE 3 – SUIVI ET PRONOSTIC

3.1. Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_

3.2. Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3. Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre?  Non  Oui      Nom du médecin : \_\_\_\_\_

3.4. Collaboration du patient à son traitement :  Excellent     Moyenne     Médiocre

3.5. Si vous prévoyez que l'absence au travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.6. Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail?  Non  Oui

3.7. Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale?  Non  Oui

3.8. Durée approximative de l'incapacité – N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ ou N<sup>bre</sup> de mois \_\_\_\_\_  
 ou Date de retour au travail \_\_\_\_\_ ou  Indéterminée





Nom du participant : \_\_\_\_\_

**PARTIE 2 – TRAITEMENTS ET VISITES**

2.1. Médication : \_\_\_\_\_

Date de début	Nom	Posologie	Fréquence

2.2. Traitements additionnels (Précisez le type et la fréquence.) : \_\_\_\_\_

2.3. Chirurgie (date, nature de l'intervention) : \_\_\_\_\_

2.4. Hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

2.5. Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – SUIVI MÉDICAL ET PRONOSTIC**

3.1. Date de la dernière consultation : 

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

 Prochaine consultation : 

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

3.2. Tests et examens à venir, précisez : \_\_\_\_\_

3.3. Fréquence du suivi : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

3.4. Orientation vers un spécialiste?  Non  Oui Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

3.5. Date prévue de consultation d'un spécialiste : 

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

 Spécialité : \_\_\_\_\_

3.6. Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

3.7. Évolution :  Progressive  Stable  Régressive

3.8. Si vous prévoyez que cette absence au travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.9. Collaboration du patient à son traitement :  Excellent  Moyenne  Médiocre

3.10. Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail?  Non  Oui

3.11. Durée approximative de l'incapacité : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 ou Date de retour au travail 

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

 ou  Indéterminée

3.12. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner à : Son travail habituel? \_\_\_\_\_ Ou un autre travail? \_\_\_\_\_  
 À temps partiel  À temps plein  En retour progressif Précisez : \_\_\_\_\_

