iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
Demande de prolongation

ASSURANCE COLLECTIVE

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
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

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, CNESST 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 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.).

iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
Demande de prolongation

ASSURANCE COLLECTIVE

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
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

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

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, 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 A A A M M J J Emploi : _____ Langue : Français ☐ Anglais ☐

Téléphone : _____

PARTIE 2 – SITUATION ACTUELLE

1. Depuis la date de la demande initiale : Êtes-vous obligé de rester à la maison ? Non ☐ Oui ☐
Êtes-vous alité? Non ☐ Oui ☐
Êtes-vous hospitalisé? Non ☐ Oui ☐

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

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

4. Quand pensez-vous retourner au travail à temps plein ou à temps partiel? A A A A M M J J

PARTIE 3 – 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 des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou autre organisme similaire — Non ☐ Oui ☐ Date A A A A M M J J
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire — Non ☐ Oui ☐ Date
- Service Canada — 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 une copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.

PARTIE 4 – 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, Assurance et services financiers inc. (la Société) 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) la Société 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) la Société 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 A A A M M J J

Adresse : _____ Code postal : _____

Tél. au domicile : _____ Tél. au travail : _____

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.

iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
Demande de prolongation

ASSURANCE COLLECTIVE

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
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

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 A A A M M J 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, 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 : A A A A M M J 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 DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC selon le DSM V

1.1 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
	☐	☐	☐		☐	☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐	☐

Troubles de la personnalité associés? Non ☐ Oui ☐ Précisez : _____

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

Si oui, précisez : _____

Maladie associée : – diagnostic : _____

_____

– médicaments prescrits : _____

_____

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 : _____

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 posologie _____
- Potentialisée le _____ Nom et posologie _____
- Combinaison le _____ Nom et posologie _____

2.3 Votre patient consulte-t-il un : Depuis quand ? A A A A M M J J

psychiatre Non ☐ Oui ☐ _____
psychologue Non ☐ Oui ☐ _____
travailleur social Non ☐ Oui ☐ _____
autre intervenant Non ☐ Oui ☐ _____

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 : A A A A M M J J

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 : Excellente ☐ 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^bre^ de semaines _____ ou N^bre^ de mois _____

ou Date de retour au travail A A A A M M J J ou Indéterminée ☐

3.9 a) Est-ce que votre patient est apte à reprendre : Son travail habituel? Non ☐ Oui ☐ Ou Un autre travail? Non ☐ Oui ☐

Si oui, date : A A A A M M J J

À temps partiel ☐ À temps plein ☐

Si retour progressif, veuillez en justifier la nécessité : _____

_____

b) Plan de retour au travail recommandé Début du programme le : A A A A M M J J

Semaine 1 : _____ jours par semaine Date : A A A A M M J J

Semaine 2 : _____ jours par semaine Date :

Semaine 3 : _____ jours par semaine Date :

Semaine 4 : _____ jours par semaine Date :

PARTIE 4 – ÉVALUATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES MENTALES

Légende : 0 Aucune limitation
1 Légère limitation sans atteinte de la capacité fonctionnelle
2 Limitation moyenne sans atteinte de la capacité fonctionnelle
3 Atteinte significative de la capacité fonctionnelle
4 Limitation totale de la capacité fonctionnelle

Veuillez sélectionner le chiffre correspondant à votre évaluation selon la légende indiquée ci-dessus.

1. Capacité à maintenir des relations interpersonnelles et des relations de confiance	0	1	2	3	4
2. Capacité à exercer des activités personnelles et des activités quotidiennes de la vie courante	0	1	2	3	4
3. Maintien des intérêts	0	1	2	3	4
4. Capacité à comprendre et à garder en mémoire les instructions reçues et à les exécuter	0	1	2	3	4
5. Capacité à réagir adéquatement à la supervision	0	1	2	3	4
6. Capacité à effectuer des tâches qui nécessitent des rapports avec autrui de façon régulière	0	1	2	3	4
7. Capacité à effectuer un travail qui nécessite peu de rapports avec autrui	0	1	2	3	4
8. Capacité à effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales	0	1	2	3	4
9. Capacité à effectuer des tâches complexes qui demandent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage	0	1	2	3	4
10. Capacité à effectuer des tâches répétitives à une vitesse adéquate	0	1	2	3	4
11. Capacité à effectuer des tâches variées	0	1	2	3	4
12. Constance et rythme	0	1	2	3	4
13. Capacité décisionnelle	0	1	2	3	4
14. Persévérance	0	1	2	3	4
15. Capacité à superviser ou à gérer des ressources humaines	0	1	2	3	4
16. Capacité à composer avec le stress dans des situations qui demandent une attention soutenue et une rapidité d'exécution	0	1	2	3	4

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone :

2. Adresse : _____ Télécopieur :

3. Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Autre ☐ Précisez : _____

Signature : _____ Date : A A A A M M J J

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

iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
Demande de prolongation

ASSURANCE COLLECTIVE

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
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

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 A A A M M J 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, 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 : A A A A M M J J

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 DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation :

Scan ☐ IRM ☐ ECG ☐ Autres tests, investigations ☐ : _____

(Joindre les copies des résultats récents.)

Votre patient est-il? Droitier ☐ Gaucher ☐

1.4 Veuillez dresser la liste des symptômes que vous avez constatés personnellement : _____

_____

_____

_____

_____

_____

PARTIE 2 – TRAITEMENT 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 A A A A M M J J au A A A A M M J J

2.5 Nom du spécialiste : _____

PARTIE 3 – SUIVI MÉDICAL ET PRONOSTIC

3.1 Date de la dernière consultation : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J

3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____

3.3 Fréquence du suivi : De A A A A M M J J à A A A A M M J J

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 A A A M M J 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 : Excellente ☐ 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 – N^bre^ de semaines _____ ou N^bre^ de mois _____

ou Date de retour au travail : A A A A M M J 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 : _____

PARTIE 4 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

4.1 Condition cardiaque (si l'invalidité y est liée) : Capacité fonctionnelle selon l'American Heart Association

Catégorie 1 (aucune restriction) ☐ Catégorie 2 (légère restriction) ☐

Catégorie 3 (restriction importante) ☐ Catégorie 4 (restriction complète) ☐

4.2 Capacités fonctionnelles : Au cours d'une journée de travail de 8 heures, pendant combien de temps votre patient peut-il faire les actions suivantes :

- Rester assis : 1 h ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h ☐ 8 h ☐
- Rester debout : 1 h ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h ☐ 8 h ☐
- Marcher : 1 h ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h ☐ 5 h ☐ 6 h ☐ 7 h ☐ 8 h ☐

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut soulever ou transporter : (Cochez une case.)

- des objets de 100 lb et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb. ☐
- des objets de 100 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb au plus. ☐
- des objets de 50 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 25 lb au plus. ☐
- des objets de 20 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 10 lb au plus. ☐
- des objets de 10 lb au plus et transporter parfois des petits objets. ☐

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut faire les actions suivantes à un pourcentage de :

Fonctions des membres		**Parfois (0 % à 33 %)**	**Souvent (33 % à 66 %)**	**Constamment (67 % à 100 %)**	**Jamais**
Simple préhension	MSG/MSD				
Manipulation délicate	MSG/MSD				
Saisie de clavier (à l'aide des doigts)	MSG/MSD				
Rotation – extension épaule	MSG/MSD				
Rotation – extension coude	MSG/MSD				
Utilisation de commande aux pieds	MIG/MID				

MSG : Membre supérieur gauche MIG : Membre inférieur gauche MSD : Membre supérieur droit MID : Membre inférieur droit

4.3 Toute autre limitation ou restriction non mentionnée ci-dessus :

_____

_____

4.4 Complications de grossesse : Si votre patiente est enceinte, date prévue d'accouchement : A A A A M M J J

Quels sont les signes et les symptômes et les raisons médicales qui empêchent votre patiente d'occuper son emploi? (Veuillez joindre le dernier dossier obstétrical.) :

_____

_____

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : _____ Téléphone :

2. Adresse : _____ Télécopieur :

3. Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Autre ☐ Précisez : _____

Signature : _____ Date : A A A A M M J J

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