

Veillez 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.
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, 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.).



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 

	A		M		J

 Date de retour au travail (s'il y a lieu) 

	A		M		J

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 

	A		M		J

À la date du début de l'invalidité, l'employé était : en vacances  en mise à pied  en congé avec solde  en congé sans solde   
en suspension disciplinaire avec solde  en suspension disciplinaire sans solde  Autre  \_\_\_\_\_

Si l'employé est de retour au travail, veuillez spécifier : Temps plein  Temps partiel  Tâches régulières  Tâches 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 changement de poste ou de tâches.

---

---

---

---

---

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 %
Plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Veillez 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

**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 ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**PARTIE 1 – COORDONNÉES**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin  Masculin

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : 

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

 N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

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

 Emploi : \_\_\_\_\_ Langue: Français  Anglais

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  passager
  - 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**

Date d'embauche : 

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

 Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date : 

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

- 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?
- 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 :





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

**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 \_\_\_\_\_ 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 DE 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 : \_\_\_\_\_



## 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			M					J

 au 

	A			M					J

  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

## 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 psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_
4. Durée approximative de l'invalidité : Nombre de semaines \_\_\_\_\_ ou Nombre 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 2: \_\_\_\_\_ jours/semaine Date: 

	A			M					J

  
Semaine 3: \_\_\_\_\_ jours/semaine Date: 

	A			M					J

 Semaine 4: \_\_\_\_\_ jours/semaine Date: 

	A			M					J

## PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
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.**

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



