

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

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

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

 au

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

Nom de l'hôpital : _____

PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC

- 1. Date de la première consultation pour cette invalidité :

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

Date du début de l'invalidité :

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

 Prochaine consultation :

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

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

 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 :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 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:

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

 Semaine 2: _____ jours/semaine Date:

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

Semaine 3: _____ jours/semaine Date:

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

 Semaine 4: _____ jours/semaine Date:

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

PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

- 1. Prénom et nom : _____ Téléphone :

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

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

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

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

