



ASSURANCE
COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
DEMANDE DE PROLONGATION



INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

VOTRE GROUPE SUR TOUTE LA LIGNE®

www.inalco.com

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande de prolongation

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

Québec et provinces de l'Atlantique
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
777, 8^e Avenue Sud-Ouest, bur. 2050
Calgary (Alberta) T2P 3R5

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 à l'adresse mentionnée ci-dessus, incluant toutes les pages.

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

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

Québec et provinces de l'Atlantique
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest
777, 8^e Avenue Sud-Ouest, bur. 2050
Calgary (Alberta) T2P 3R5

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

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.

Veillez remplir et envoyer le présent formulaire avant

PARTIE 1 – COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Féminin Masculin
N° de police : _____ N° d'assurance sociale : _____ N° de certificat : _____
Date de naissance : _____ Emploi : _____ Langue : Français Anglais

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? _____

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 de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire Non Oui Date _____
– Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non Oui Date _____
– Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) 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 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 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) l'Industrielle Alliance 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) l'Industrielle Alliance 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 : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Tél. au domicile : _____ Tél. au travail : _____

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

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Demande de prolongation

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

Québec et provinces de l'Atlantique

C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario

522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Provinces de l'Ouest

777, 8^e Avenue Sud-Ouest, bur. 2050
Calgary (Alberta) T2P 3R5

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 :

			Depuis quand?		
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	A	M	J
psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
autre intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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^{bre} de semaines _____ ou N^{bre} de mois _____
 ou Date de retour au travail _____ ou Indéterminée

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
Maladie à caractère psychologique (suite)

Nom du participant : _____

3.9. a) Est-ce que votre patient est apte à retourner au travail? Non Oui

Si oui, date

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

Semaine 1 : _____ jours par semaine Date :

		A			M			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 :**
- Aucune
 - Légère
 - Modérée
 - Modérément sévère
 - Sévère
 - 0 Aucune limitation
 - 1 Légère limitation sans atteinte de la capacité fonctionnelle
 - 2 Affecte le patient sans atteinte de la capacité fonctionnelle
 - 3 Atteinte significative de la capacité fonctionnelle
 - 4 Limitation totale de la capacité fonctionnelle

Veuillez encercler 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. Limitation des activités personnelles et des activités quotidiennes de la vie courante	0	1	2	3	4
3. Diminution des intérêts	0	1	2	3	4
4. Comprendre, garder en mémoire les instructions reçues et les exécuter	0	1	2	3	4
5. Réagir adéquatement à la supervision	0	1	2	3	4
6. Effectuer des tâches qui nécessitent des rapports avec autrui de façon régulière	0	1	2	3	4
7. Effectuer un travail qui nécessite peu de rapports avec autrui	0	1	2	3	4
8. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales	0	1	2	3	4
9. Effectuer des tâches complexes qui demandent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage	0	1	2	3	4
10. Effectuer des tâches répétitives à une vitesse adéquate	0	1	2	3	4
11. 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. Superviser ou 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			M			J	
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

NOTE – TOUS FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DE L'ASSURÉ.

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 et 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 au travail? _____

À temps partiel À temps plein En retour progressif Précisez : _____

