



**Assomption Vie**  
Assurance collective

## **DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**

(DEMANDE INITIALE)

## Demande de règlement invalidité (demande Initiale) Directives

### Preneur (employeur ou administrateur du régime)

1. Veuillez remplir la *Déclaration du preneur*, en prenant soin de répondre à chaque question 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, Assomption Vie doit recevoir le formulaire dûment rempli et signé par l'ensemble des parties **6 à 8 semaines avant l'expiration du délai de carence**.

### Employé(e)

1. Veuillez remplir la *Déclaration de l'employé(e)*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer l' « Autorisation et attestation » à la section 7 du formulaire.
2. Veuillez à ce que votre médecin traitant remplisse la *Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité*. Vous devez aussi remplir la Partie 1, Information et consentement du patient, 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 ci-dessus (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.), ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

#### À noter :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**  
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective  
C.P. 160 /770 rue Main  
Moncton NB E1C 8L1.  
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068
- c) Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :  
vieinvalidite@assomption.ca.

### Médecin traitant

1. Veuillez remplir la *Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité* de votre patient, en ayant soin de répondre à chaque question 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'examens, rapports de consultation de spécialistes, etc.)

**Demande de règlement invalidité (demande initiale) Déclaration du preneur**

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

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du preneur \_\_\_\_\_ Nom de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

**Section 1 Renseignements sur l'employé(e)**

Prénom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

**1. Emploi (Veuillez joindre une description de tâches et compléter les informations ci-dessous)**

Poste actuel : \_\_\_\_\_ Date de début : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Type d'emploi :  Régulier à temps plein  Régulier à temps partiel  Temporaire  Saisonnier

Est-ce que l'employé(e) est :  À salaire horaire  Salarié(e)  À commission (joindre T4 pour 3 dernières années)

**2. Environnement physique de l'emploi**

A) Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

Tâches : \_\_\_\_\_ % Tâches : \_\_\_\_\_ %  
Tâches : \_\_\_\_\_ % Tâches : \_\_\_\_\_ %

**Pour les questions B, D et E, utilisez les définitions suivantes pour déterminer la FRÉQUENCE:**

**Occasionnellement : 0%-15% du temps    Fréquemment : 16%-50% du temps    Continuellement : 51-100% du temps**

B) L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C
<input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Froid ou chaleur extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environnement humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manutention de produits chimique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) L'emploi implique-t-il d'autres risques?  Oui  Non

Si oui, énumérez : \_\_\_\_\_

D) Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous :

Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C	Fréquence	O	F	C
<input type="checkbox"/> S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escaliers (N <sup>bre</sup> de marches _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Échelles (hauteur _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Décrivez l'activité et indiquez la fréquence :

	Fréquence :	O	F	C	Poids :	lb	kg
<input type="checkbox"/> Pousser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tirer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F) Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par l'employé(e) au cours de son travail.

Type d'équipement \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> fois/jour \_\_\_\_\_  
Type d'équipement \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> fois/jour \_\_\_\_\_

Prénom de l'employé(e)

Nom de l'employé(e)

Police

Division

Certificat

### Section 1 Renseignements sur l'employé(e) (suite)

- G) L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- H) L'emploi requiert-il de la dextérité?  Oui  Non Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- I) Y a-t-il d'autres facteurs liés au travail qui pourraient avoir une influence sur le retour au travail de l'employé(e)?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Cognitif / Environnement de travail non physique

- A) Est-ce que l'employé(e) doit répondre à des plaintes?  Oui  Non

- B) Est-ce que l'employé(e) est évalué(e) principalement sur la production?  Oui  Non

- C) Est-ce que l'employé(e) travaille de près avec ses collègues de travail?  Oui  Non

- D) Est-ce que l'employé(e) est responsable de l'atteinte d'objectifs et de prises décisionnelles dans son département?  Oui  Non

- E) Nombre de personnes que l'employé(e) supervise : \_\_\_\_\_

- F) Quel pourcentage de temps (%) l'employé(e) passe-t-il/elle dans les activités suivantes :

Parler : \_\_\_\_\_(%)

Écrire : \_\_\_\_\_(%)

Gestion du personnel : \_\_\_\_\_(%)

- G) Veuillez énumérer les autres aspects pertinents du travail qui pourraient être perçus comme étant stressants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Tâches professionnelles et rendement

- A) A quel moment le problème de santé de l'employé(e) a-t-il affecté son travail? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- B) De quelles manières le rendement de l'employé(e) a-t-il changé depuis le début du problème de santé actuel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- C) Des modifications ont-elles été apportées au niveau des tâches de l'employé(e) en raison du problème de santé actuel?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- D) Si l'employé(e) pouvait retourner au travail à temps partiel ou à des tâches modifiées, un tel travail serait-il disponible?  Oui  Non

Si non, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prénom de l'employé(e) \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_

Police \_\_\_\_\_

Division \_\_\_\_\_

Certificat \_\_\_\_\_

### Section 1 – Renseignements sur l'employé(e) (suite)

#### 5. Assurance et emploi

- A) L'assurance était-elle en vigueur le premier jour du présent arrêt de travail?  Oui  Non  
Si oui, quelle est la date d'en vigueur de la couverture d'assurance invalidité de l'employé(e)? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Si non, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- B) Date effective de l'invalidité de la couverture avec l'assureur précédent si que la date d'invalidité a débuté moins de 12 mois de la couverture courante : Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- C) Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de début du poste actuel : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dernière journée travaillée : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre d'heures travaillées : \_\_\_\_\_
- D) Date de retour au travail (le cas échéant) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)  Temps plein  Temps partiel  Emploi régulier
- E) Principale cause du présent arrêt de travail:  Maladie  Accident hors travail  Accident de travail  
 Accident de véhicule à moteur  Maladie professionnelle  État lié à la grossesse
- F) À la date du début du présent problème de santé, l'employé(e) était-il/elle?  
 En congé **avec** solde  En mise a pied temporaire  En suspension disciplinaire **sans** solde  Autre: \_\_\_\_\_  
 En congé **sans** solde  En vacance  En suspension disciplinaire **avec** solde

### Section 2 – Renseignements sur l'horaire de travail et la rémunération du participant

- Précisez les heures de travail d'une semaine normale: \_\_\_\_\_ S'il s'agit d'un horaire irrégulier, veuillez fournir l'horaire journalier.  
lundi \_\_\_\_\_ mardi \_\_\_\_\_ mercredi \_\_\_\_\_ jeudi \_\_\_\_\_ vendredi \_\_\_\_\_ samedi \_\_\_\_\_ dimanche \_\_\_\_\_
- Salaires annuel brut de l'employé lors de sa dernière période active au travail : \_\_\_\_\_ \$  
Date effective du salaire : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Crédits d'impôts : Fédéral (TD1) : \_\_\_\_\_ Provincial (TPD1) : \_\_\_\_\_
- L'employé(e) a-t-il/elle touché ou touchera-t-il/elle des sommes autres que des prestations d'assurance salaire au cours de la période d'arrêt de travail?  Oui  Non Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Précisez :  vacances  congé de maternité  assurance-emploi (DRHC)  congé de maladie  congé férié
- L'employé(e) a-t-il/elle présenté ou a-t-il/elle l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes énumérés ci-dessous?  Oui  Non  
Si oui, préciser :  Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire  
 Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire  
 Développement des ressources humaines du Canada (DRHC)  
Régime de pensions du Canada (RPC) -  rente d'invalidité /  rente de retraite  
Régie des rentes du Québec (RRQ) -  rente d'invalidité /  rente de retraite
- Si l'employé(e) reçoit déjà des indemnités d'un des organismes énumérés ci-dessus, veuillez en préciser le montant : \_\_\_\_\_ \$  
**Joindre une copie de la lettre d'acceptation.**
- Si l'employée est enceinte, la demande d'un retrait préventif a-t-elle été soumise ou sera-t-elle soumise à la CSST (Québec seulement)?  
 Oui  Non
- Est-ce que l'employé(e) est de retour au travail?  Oui  Non Si oui, à quelle date? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### Demande de règlement invalidité (demande initiale) - Déclaration de l'employé(e)

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

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom	Nom	Police	Division	Certificat
Numéro d'assurance sociale	Langue: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse	Ville	Province	Code postal	
Télécopieur	Courriel			
Téléphone – Résidence	Téléphone – Travail	Téléphone – Cellulaire		

#### Section 1 – Renseignements généraux

Formation : \_\_\_\_\_ Langue parlée :  Français  Anglais  
 Niveau d'éducation : \_\_\_\_\_ Langue écrite :  Français  Anglais  
 Expérience de travail : \_\_\_\_\_

Si vous avez de l'assurance accident ou maladie par le biais d'un syndicat, créancier, hypothèque, automobile ou autre association, d'un autre employeur ou d'un contrat d'assurance individuelle, veuillez compléter ce qui suit :

Nom de l'assureur	Police	Certificat	Date du début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Période de prestations (JJ/MM/AAAA)	Montant des prestations	Hebdomadaire ou Mensuelle		
							H	M
					\$		H	M
					\$		H	M
					\$		H	M

#### Section 2 – Motif de la demande

1. Si le congé de maladie est dû à un accident, préciser :

A) Lieu de l'accident :  Maison  Travail  Ailleurs (spécifier) \_\_\_\_\_

B) Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C) Circonstances : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

D) S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez :  conducteur  passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez soumettre le rapport de police.

2. Votre présent arrêt de travail est-il lié à des problèmes d'ordre professionnel?  Oui  Non

Veillez préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

### Section 3 - Emploi

Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Depuis quand êtes vous inapte au travail? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Décrivez les tâches de votre emploi que vous ne pouvez plus accomplir. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupez-vous un deuxième emploi?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Section 4 – Situation actuelle

1. A) Êtes-vous confiné(e) à la maison?  Oui  Non  
B) Êtes-vous alité(e)?  Oui  Non  
C) Êtes-vous hospitalisé(e)?  Oui  Non
2. Décrivez tous vos symptômes, incluant la sévérité et la fréquence. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Décrivez votre routine quotidienne depuis le début du présent arrêt de travail. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 5 – Revenus d'autres sources**

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit?  Oui  Non
2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources en raison de votre problème de santé.

Source	Demande soumise	Intention de soumettre une demande	Date de la demande de réclamation (JJ/MM/AAAA)	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fréquence et montant des paiements
Régime de pensions du Canada/ Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Commission des accidents du travail/CSST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance-emploi du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Prestation d'assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie collective ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	

**VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE CONFIRMANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION**

**Section 6 – Médecin et antécédents**

1. Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date de la première visite : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous été hospitalisé pour ce problème de santé?  Oui  Non Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Date de la première consultation médicale pour ce problème de santé? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu une condition médicale ou subi une blessure de nature semblable?  Oui  Non Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
6. Pourriez-vous reprendre le travail de façon progressive?  Oui  Non
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit des médicaments?  Oui  Non Si oui, les prenez-vous régulièrement?  Oui  Non

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 6 – Médecin et antécédents (suite)**

8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité(e) au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement (JJ/MM/AAAA)	Traitement prescrit, médicament, autres	Nom du médecin	Adresse du médecin
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			

**Section 7 – Autorisation et attestation**

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective et à tout autre formulaire ou document complémentaire, j'autorise Assomption Vie, Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie du Canada, ses employés, ses représentants, ainsi que ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux, et toute autre personne ou partie que j'autorise.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement des prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tout antécédent médical et toute prestation.

Je transfère et cède à Assomption Vie, et j'accepte de payer et de rembourser à Assomption Vie, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui est recevable de toute autre source, y compris, mais sans s'y limiter, le Régime de pensions du Canada, la Commission des accidents du travail et tout autre contrat d'assurance.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom de l'employé(e) (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

## Declaration medicale initiale pour l'assurance invalidite

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

<b>Partie 1</b>	<b>Information et consentement du patient À REMPLIR PAR LE PATIENT</b>																				
Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms)		Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)																		
Adresse (rue, ville, province, code postal)																					
Nom de l'employeur (le cas échéant)	Numéro du contrat ou de la police	Numéro du certificat (le cas échéant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)																		
<b>Dernier jour de travail</b> (jj/mm/aaaa) _____		<b>Date réelle ou prévue du retour au travail</b> (jj/mm/aaaa) _____																			
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nom du médicament</th> <th style="width: 30%;">Posologie (mg)</th> <th style="width: 30%;">Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____	5. _____	_____	_____	Indiquez vos : Taille : _____ Poids : _____ Main dominante : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence																			
1. _____	_____	_____																			
2. _____	_____	_____																			
3. _____	_____	_____																			
4. _____	_____	_____																			
5. _____	_____	_____																			
J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime/de la police d'assurance. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne pourra pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. <b>Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b>																					
Signature du patient _____		Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____																			
<b>Partie 2</b>	<b>Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)</b>																				
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____																					
<b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.</b>																					
<b>Diagnostic</b>																					
Diagnostic primaire : _____																					
_____																					
Diagnostic secondaire ou complications : _____																					
_____																					
S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Vaginal <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>																					

La condition est-elle attribuable :

- à une maladie professionnelle?      Oui     Non
- à un accident du travail?                Oui     Non
- à un accident de la route?                Oui     Non
- à un autre type d'accident?                Oui     Non

Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient?      Oui     Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande?

(autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) \_\_\_\_\_

Date de votre première consultation avec le patient  
relativement à cette condition (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la  
condition (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

### Traitement

Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la **Partie 1**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : Hebdomadaire     Mensuelle     Autre  (préciser) \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable?    Oui     Non     Je ne sais pas

Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) :

Fournisseur du traitement : \_\_\_\_\_

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?    Oui     Non

Veillez expliquer. \_\_\_\_\_

### Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?

Réponse complète       Réponse partielle       Aucune réponse       Trop tôt pour se prononcer

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel?    Oui     Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

### Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?    Oui     Non       Une hospitalisation est-elle prévue?    Oui     Non

A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire?    Oui     Non

Veillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :

Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____



- Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez BSSàUFS JDJ FU BQQPTFS WPUSF TJHOBUSF Ý MB GJO EV GPSNVMBJSF.
- Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.

### Examens



**Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :**

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – ne pas fournir de résultats de tests génétiques
- rapports de consultation
- notes cliniques

Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui  Non

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

**Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.**

Oui  Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date (jj/mm/aaaa)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

### Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration  Aucune évolution  Détérioration

### Restrictions et limitations

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de la condition? Oui  Non   
 Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_

Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui  Non

Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient?

Oui  Non

Problèmes sur le lieu de travail  Problèmes sociaux/familiaux  Problèmes financiers/juridiques

Problèmes de personnalité  Dépendance  Autre

Veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Retour au travail

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Avis au médecin/professionnel de la santé

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)

Spécialité et numéro de permis/d'inscription

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Téléphone (avec indicatif régional)

Télécopieur (avec indicatif régional)

Courriel

Signature

## Autorisation de dépôt direct

<b>Information générale</b>	Prénom: _____ Nom: _____ Adresse: _____ _____ Téléphone: _____ Police: _____ Division: _____ Certificat: _____
<b>Information bancaire</b>	<p style="text-align: center;"><b>Prière de joindre un chèque spécimen avec la mention “NUL” ou fournir un document officiel de votre institution financière confirmant votre numéro de compte, ainsi que les numéros de succursale et d’institution financière.</b></p>
<b>Autorisation</b>	<p>Par la présente, j’autorise et demande à Assomption Vie de déposer les sommes qui me sont dues dans mon compte bancaire chez l’institution bancaire mentionnée ci-dessus ou sur le chèque ci-joint.</p> <p>Cette autorisation peut être annulée à tout moment moyennant un préavis écrit de ma part.</p>
<b>Date et Signature</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Signataire autorisé</span> <span>Date (JJ/MM/AAAA)</span> </div>