Assomption Vie
Assurance collective

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

(DEMANDE INITIALE)

Assomption Vie
Assurance collective

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 reçues 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. **Veuillez 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.)

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

ÉFFACER

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
☐ Extérieur	☐	☐	☐	☐ Froid ou chaleur extrême	☐	☐	☐	☐ Au-dessus ou sous le niveau du sol	☐	☐	☐
☐ Fumées toxiques	☐	☐	☐	☐ Environnement humide	☐	☐	☐	☐ Manutention de produits chimique	☐	☐	☐

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
☐ S'accroupir	☐	☐	☐	☐ Se pencher	☐	☐	☐	☐ S'étirer/travailler au-dessus de la tête	☐	☐	☐
☐ Marcher	☐	☐	☐	☐ S'agenouiller	☐	☐	☐	☐ Grimper	☐	☐	☐
☐ S'asseoir	☐	☐	☐	☐ Se tenir debout	☐	☐	☐	☐ Escaliers (N^bre de marches_____)	☐	☐	☐
☐ Ramper	☐	☐	☐	☐ Se maintenir en équilibre	☐	☐	☐	☐ Échelles (hauteur_____)	☐	☐	☐

E) Décrivez l'activité et indiquez la fréquence :

	Fréquence : O	F	C	Poids :	
☐ Pousser_____	☐	☐	☐	_____	☐ lb ☐ kg
☐ Tirer _____	☐	☐	☐	_____	☐ lb ☐ kg
☐ Soulever/transporter _____	☐	☐	☐	_____	☐ lb ☐ kg

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^bre fois/jour _____
Type d'équipement_____ N^bre fois/jour _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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 spécifiez : _____

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 : _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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 d'entrée en vigueur de la couverture auprès de l'assureur précédent si l'invalidité a débuté moins de 12 mois après la date d'entrée en vigueur de la couverture actuelle : 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 à pied temporaire ☐ En suspension disciplinaire **sans** solde ☐ Autre:_____
☐ En congé **sans** solde ☐ En vacances ☐ En suspension disciplinaire **avec** solde

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

1. 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 _____

2. Salaire annuel brut de l'employé lors de sa dernière période active au travail :_____$
Date effective du salaire : (JJ/MM/AAAA)____/____/ _____

3. Crédits d'impôts : Fédéral (TD1) :_____ Provincial (TPD1) : _____

4. 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

5. 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

6. 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.

7. 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

8. Est-ce que l'employé(e) est de retour au travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quelle date? (JJ/MM/AAAA)____/____/ _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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

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

9. Cette personne est-elle toujours à votre emploi? ☐ Oui ☐ Non
   Si non, indiquez la date de cessation d'emploi : (JJ/MM/AAAA)____/____/ _____

   Raison : _____

10. Est-ce que cette personne a reçu un relevé d'emploi? ☐ Oui ☐ Non
    Veuillez spécifier le code attribué : _____

11. Veuillez fournir toute information supplémentaire jugée à propos dans l'évaluation de cette demande.

Prénom et nom de la personne autorisée (en lettres moulées)	Titre

Signature	Date (JJ/MM/AAAA)

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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: ☐ Français ☐ Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ___/___/_____ Sexe: ☐ F ☐ M

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Télécopieur _____ Courriel _____

Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Travail _____ Téléphone – Cellulaire _____

Section 1 – Renseignements généraux

Formation : _____
Niveau d'éducation : _____
Expérience de travail : _____

Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais
Langue écrite : ☐ Français ☐ Anglais

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
			___/___/_____	___/___/_____au_____/___/_____	$	☐ H ☐ M
			___/___/_____	___/___/_____au_____/___/_____	$	☐ H ☐ M
			___/___/_____	___/___/_____au_____/___/_____	$	☐ 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
Veuillez préciser : _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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, occupiez-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. _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Commission des accidents du travail/CSST	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Assurance-emploi du Canada	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Prestation d'assurance automobile	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Assurance vie collective ou assurance salaire	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	___/___/_____	___/___/_____	
Autre (préciser) : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

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)

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-855-244-7011 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : vieinvalidite@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

CLHIA ACCAP

Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

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

Partie 1	**Information et consentement du patient** **À REMPLIR PAR LE PATIENT**

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)

Dernier jour de travail
(jj/mm/aaaa) _____

Date réelle ou prévue du retour au travail
(jj/mm/aaaa _____

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

	Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Indiquez vos :

Taille : _____

Poids : _____

Main dominante :

Gauche ☐ Droite ☐

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. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

_____ _____

Signature du patient — Date du consentement (jj/mm/aaaa)

Partie 2	**Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)**

Je suis : le médecin de famille ☐ un spécialiste-conseil ☐ autre ☐ (préciser) _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.

Diagnostic

Diagnostic primaire : _____

_____

_____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

_____

_____

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Vaginal ☐ Par césarienne ☐

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 ☐

Veuillez 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 ☐

Veuillez 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 arrêter ici et apposer votre signature à la fin du formulaire.**
- **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 influer 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		

Assomption Vie
Assurance collective

Autorisation de dépôt direct

Information générale	Prénom:_____ Nom: _____ Adresse: _____ _____ Téléphone: _____ Police:_____Division:_____Certificat: _____
Information bancaire	**Pirère 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.**
Autorisation	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. Cette autorisation peut être annulée à tout moment moyennant un préavis écrit de ma part.
Date et Signature	_____ _____ Signataire autorisé Date (JJ/MM/AAAA)