

GUIDE DE L'ASSURÉ

Assurance invalidité



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
Renseignements sur l'assuré	2
Renseignements sur l'emploi	3
Renseignements sur les revenus	3
Renseignements sur la condition médicale	4
Questions fréquentes.....	5

FORMULAIRES À REMPLIR

- Déclaration de l'assuré
- Autorisations
- Demande de paiement par dépôt direct
- Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome
- Déclaration du médecin traitant

AVIS IMPORTANT

Votre demande de prestations doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité. Toute demande reçue après cette période pourrait être refusée.

INTRODUCTION

Le présent guide fournit les renseignements relatifs aux demandes de prestations d'invalidité et regroupe les formulaires à remplir pour produire votre demande.

Vous trouverez dans les trois pages suivantes des informations qui vous aideront à remplir correctement les formulaires.

Vous trouverez à la page 5 les questions les plus fréquemment posées; mais si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous avant d'envoyer votre demande à l'adresse indiquée dans l'encadré ci-dessous. Vous pourrez ainsi éviter les délais inutiles. Veuillez noter que les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

Croix Bleue Canassurance
Règlements, assurances vie et invalidité

Téléphone : 1 800 300-5002

Télécopieur : 1 877 590-7504

Au Québec

1981, avenue McGill College, bureau 105
Montréal (Québec) H3A 0H6

Courriel : reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca

En Ontario

BP 4433, Succursale A
Toronto (Ontario) M5W 3Y7

Courriel : reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Lisez attentivement les directives pour remplir adéquatement les formulaires suivants et assurez-vous de fournir tous les renseignements pertinents.

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Il est important de répondre à toutes les questions du formulaire

Si vous avez présenté une demande de prestations à un autre assureur ou à un organisme gouvernemental, n'oubliez pas de joindre une copie d'un relevé de paiement ou de la correspondance reçue de cet organisme ou de cet assureur. Si vous n'avez eu aucune réponse à ce jour, joignez une photocopie de votre demande de prestations.

Si vous faites une demande à la suite d'un accident

L'accident est défini très précisément dans votre police d'assurance. Ainsi, un effort excessif ou un faux mouvement ne constitue généralement pas un accident. Si vous avez été victime d'un accident, il est important de décrire en détail l'événement qui a entraîné votre invalidité.

AUTORISATION

- Ce feuillet contient 6 formulaires d'autorisation qui doivent tous être remplis, signés et datés. Ils pourront être utilisés pour obtenir les renseignements nécessaires à l'analyse de votre demande de prestations ou communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Assurez-vous de bien lire le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée.
- Une autorisation qui n'est pas dûment remplie et signée pourrait occasionner un délai dans le traitement de votre demande.
- Pour éviter tout délai inutile, il est préférable de signer au crayon à bille à encre bleue; certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

DEMANDE DE PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

Il suffit de remplir le formulaire et de fournir un chèque portant la mention ANNULÉ.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Lisez attentivement les directives pour remplir adéquatement tous les formulaires requis et assurez-vous que votre employeur (s'il y a lieu) fournisse tous les renseignements pertinents.

SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI

Veillez le préciser dans la section RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE du formulaire DÉCLARATION DE L'ASSURÉ.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

- Remplissez la section IDENTIFICATION du formulaire.
- Faites remplir les autres sections par votre employeur si vous êtes salarié ou employé contractuel.
- Joignez à cette déclaration une description de tâches si ce document est disponible chez votre employeur.
- Joignez la copie du dernier relevé de paie avant votre invalidité.

SI VOUS AVEZ PLUS D'UN EMPLOI

Assurez-vous de faire remplir une déclaration par chacun de vos employeurs.

DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR AUTONOME

- Remplissez ce formulaire si vous êtes travailleur autonome, associé, actionnaire principal ou propriétaire de votre entreprise.
- Si possible, joignez à cette déclaration une description de tâches.

RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS

Veillez soumettre une copie de vos dernières déclarations de revenus (pages 1 à 4) ainsi que les avis de cotisation émis par Revenu Québec (si vous résidez au Québec) et l'Agence du revenu du Canada à la suite de votre déclaration. Les travailleurs autonomes doivent également joindre le formulaire *TP80 Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession* de leur déclaration provinciale (pour les résidents du Québec) et l'annexe T2125 de la déclaration de revenu fédérale intitulée *État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale*.

Si vous êtes actionnaire majoritaire et que vos revenus proviennent des dividendes versés par votre entreprise, veuillez inclure une copie du dernier exercice financier complété et une preuve du pourcentage des actions que vous détenez dans la compagnie. Veuillez noter que les dividendes ne constituent pas un revenu admissible ; nous considérons plutôt le profit corporatif.

Vous n'avez pas à soumettre de preuve de revenus* si :

- votre montant assuré est de 1 000 \$ ou moins par mois et qu'il est garanti selon les termes de votre police ;
- vous avez fourni ces documents avec votre proposition d'assurance et l'avenant attaché à votre police indique un revenu minimal garanti par l'assureur;
- vous avez souscrit l'assurance par l'entremise d'une association professionnelle et le montant de la prestation est établi en fonction du nombre d'enfants ou de personnes sous votre garde; dans ce cas, vous devez plutôt inclure la copie de l'attestation gouvernementale indiquant le nombre de bénéficiaires.

* Après analyse de votre demande de règlement, nous pourrions cependant exiger des preuves dans certains cas.

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CONDITION MÉDICALE

Lisez attentivement les directives puisque plusieurs documents sont requis. Assurez-vous de joindre la déclaration du médecin traitant et les documents pertinents à votre demande de prestations.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Ne remplissez que la section IDENTIFICATION du formulaire.
- Faites remplir la déclaration du MÉDECIN TRAITANT par votre médecin.
- Selon la nature de votre condition médicale, il doit remplir la partie relative aux conditions physiques ou aux conditions psychologiques, ou, le cas échéant, les deux parties.
- Une photocopie des notes cliniques et des rapports de tests médicaux ou du spécialiste consulté doit accompagner le formulaire du médecin. Il est possible que votre médecin exige des frais pour la production de ces documents. Notez que ces frais sont à votre charge.

IMPORTANT

Ne pas écrire ou modifier les notes de votre médecin dans la section DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT du formulaire. Si vous désirez apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis par votre médecin, veuillez le faire sur une feuille séparée. Vous pouvez vous servir de la feuille **Notes** à la fin de ce guide.

QUESTIONS FRÉQUENTES

1. Qu'est-ce qu'un délai de carence ?

Le délai de carence est le nombre de jours d'invalidité totale durant lesquels aucune prestation n'est payable. Ce délai est indiqué au sommaire de vos garanties sur la première page de votre police. Veuillez consulter votre police pour plus de détails.

2. Qu'est-ce qu'une condition préexistante ?

Les contrats d'assurance qui sont émis sans examen médical préalable sont assortis d'exclusions relatives aux conditions préexistantes. La condition préexistante est une condition médicale dont vous étiez atteint avant que votre contrat n'entre en vigueur. Elle sera exclue durant une certaine période, en général 12 mois. Veuillez consulter votre police pour plus de détails.

Si une invalidité débute au cours de cette période d'exclusion, nous devons vérifier vos antécédents médicaux au moment de votre demande de prestations. Cette démarche peut occasionner un délai avant de rendre une décision dans votre dossier puisque nous devons communiquer avec la régie de l'assurance santé publique de votre province (RAMQ au Québec, OHIP en Ontario) puis avec les médecins que vous avez consultés dans le passé. Si un tel délai survient, nous vous en informerons aussitôt.

3. Qu'est-ce que l'incontestabilité ?

La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis lors de la souscription.

Si une invalidité débute moins de deux ans après l'entrée en vigueur du contrat, nous devons vérifier vos antécédents médicaux pour nous assurer de l'exactitude des renseignements fournis. Cette démarche peut occasionner un long délai avant de rendre une décision dans votre dossier puisque nous devons communiquer avec la régie de l'assurance santé publique de votre province (RAMQ au Québec, OHIP en Ontario) puis avec les médecins que vous avez consultés dans le passé. Si un tel délai survient, nous vous en informerons aussitôt.

4. Pourquoi dois-je fournir mes déclarations de revenus ?

Les prestations d'assurance invalidité servent à combler une perte de revenus. Les contrats prévoient généralement que les prestations non imposables ne peuvent excéder les revenus nets d'impôt que vous gagniez avant votre invalidité. Nous avons donc besoin de vos déclarations de revenus et des avis de cotisation émis par l'Agence du revenu du Canada et, si vous résidez au Québec, de Revenu Québec.

Pour plus de détails sur le calcul de la prestation payable, veuillez vous référer à votre police d'assurance, ainsi qu'à la section Renseignements sur les revenus à la page 3 de ce guide.

5. Dois-je continuer de payer mes primes ?

Oui, il est nécessaire de continuer à payer vos primes. Si l'assureur reconnaît votre invalidité et que votre police prévoit une exonération de primes pour certaines garanties, vous pourrez, après la période d'attente indiquée à votre contrat, avoir un congé de primes, conformément aux dispositions de votre contrat d'assurance. Nous vous rembourserons alors toute prime versée en trop. Pour plus de détails concernant l'exonération des primes, veuillez vous référer à votre police d'assurance.

6. Qu'arrive-t-il une fois que j'ai posté ma demande de règlement ?

Sur réception de votre demande, un accusé réception vous sera envoyé. Un dossier sera ouvert et remis à un analyste avec les documents reçus.

Si des renseignements ou des documents supplémentaires sont requis pour compléter le dossier, vous en serez informé. Dans la mesure du possible, nous communiquerons avec vous par téléphone afin de recueillir les informations nécessaires, discuter de votre demande et répondre à vos questions.

Il se peut que nous demandions des renseignements supplémentaires à votre médecin ou à d'autres intervenants. Nous pouvons également demander l'évaluation de votre condition par un médecin indépendant ou par un intervenant en réadaptation afin de mieux comprendre votre situation.

7. Qu'arrive-t-il si je suis incapable de signer ma demande de règlement ?

Si vous n'êtes pas en mesure de signer vous-même votre formulaire de demande, votre mandataire peut le faire pour vous. Veuillez prendre note que nous ne pouvons divulguer aucune information relative à votre dossier tant que votre mandataire ne produira pas un document notarié.

8. Que puis-je faire pour accélérer le traitement de ma demande ?

Veuillez répondre à toutes les questions de la Déclaration de l'assuré et signer celle-ci de même que les autorisations. Assurez-vous de joindre à la Déclaration du médecin traitant une copie de votre dossier médical incluant les notes cliniques du médecin (le secrétariat de votre médecin pourra vous fournir ces documents). Enfin, vérifiez la liste des documents requis à la dernière page de ce guide pour vous assurer que votre dossier est complet et prêt à être analysé.

9. Ma demande de règlement est-elle automatiquement acceptée ?

La décision d'accepter le versement des prestations, de les poursuivre ou d'y mettre fin est basée sur votre état de santé, sur la définition d'invalidité de votre contrat ainsi que sur la vérification des clauses de cessation des prestations, de limitations, d'exclusions et de toutes autres clauses au contrat (condition préexistante, incontestabilité, etc.).

Si votre demande est acceptée, vous devez vous assurer de recevoir les soins médicaux appropriés à votre condition et un suivi médical régulier avec votre médecin, conformément aux dispositions de votre police d'assurance. Il est important de nous fournir les preuves médicales et de nous aviser de tout changement concernant votre traitement ou votre condition médicale durant l'invalidité.

Si votre demande est refusée, nous vous expliquerons les raisons qui justifient notre décision.

10. Ma demande de règlement a été refusée; puis-je demander une révision?

Oui. Dans bien des cas, la demande est refusée parce que le dossier est incomplet. Pour éviter les délais, assurez-vous de rassembler tous les documents et formulaires requis avant d'envoyer votre demande. Utilisez la liste de rappel à l'endos de ce guide.

Si votre demande est refusée, vous en serez rapidement informé. Il suffira alors de fournir les documents ou renseignements demandés si nécessaire, pour que votre dossier soit révisé.

Si vous avez fourni tous les documents requis et que nous maintenons le refus, vous pouvez envoyer une demande de révision en l'adressant à la direction du service des règlements dont l'adresse figure à la page 1 du guide.



IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ N° de police : _____

Date de naissance : jour / mois / année N° d'assurance sociale : _____ N° d'assurance maladie : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Taille : _____ en mètre en pieds Poids : _____ en kg en lbs gaucher droitier

2. Portez vous : des lunettes des verres de contact

Si oui, les portez-vous : continuellement seulement pour conduire seulement pour lire

3. Quelle est la cause de votre invalidité ? maladie accident maladie liée au travail* accident de travail*
 accident de la route*

*** Si l'invalidité est causée par une maladie liée au travail, un accident de travail ou un accident de la route, veuillez annexer une copie de toute demande présentée à une commission sur les accidents de travail, de la route ou autre organisme pertinent (CNESST, CSPAAT, WCB, SAAQ, etc.). Une copie de la correspondance avec ces organismes est également requise.**

4. Dans le cas d'une maladie, précisez la date d'apparition des symptômes : jour / mois / année

5. Dans le cas d'un accident, veuillez fournir le plus d'information possible.

Date : jour / mois / année Heure : _____

Lieu de l'accident (précisez si possible l'adresse civique et indiquez s'il s'agit d'une résidence, d'un édifice public, d'une route, d'un chantier, etc.) :

Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident s'est produit) : _____

Nom des témoins : _____

Y a-t-il eu un rapport de police ? oui non Si oui, veuillez joindre une copie à votre demande.

6. Êtes-vous enceinte ? ne s'applique pas oui non Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement : jour / mois / année

7. Date du dernier jour travaillé : jour / mois / année Date du début de l'invalidité (incapacité de travailler) : jour / mois / année

8. Date de la première consultation chez un médecin : jour / mois / année

9. Autres consultations médicales depuis votre arrêt de travail : _____

10. Date de retour au travail : jour / mois / année

11. Avez-vous subi ou êtes-vous en attente de tests, traitements, consultations ou chirurgie ? oui non Si oui, précisez : _____

12. Avez-vous été hospitalisé pour la présente condition ? oui non

Si oui, où ? _____ Durée de l'hospitalisation : du jour / mois / année au jour / mois / année



RENSEIGNEMENTS SUR VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

1. Veuillez indiquer le nom, la spécialité et l'adresse des médecins consultés au cours des 5 dernières années ainsi que le nom et l'adresse des pharmacies où vous avez acheté vos médicaments au cours de cette période.

Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Veuillez fournir les informations requises sur les médicaments consommés et les traitements subis depuis un an :

Nom du médicament ou du traitement	Date prescrit	Raisons du traitement ou de la médication
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____

RENSEIGNEMENTS SUR VOS CAPACITÉS PHYSIQUES

Veuillez indiquer l'impact de l'accident ou de votre maladie sur votre capacité à effectuer les activités suivantes. Indiquez la durée pendant laquelle vous pouviez faire l'activité avant et après votre invalidité.

Activité	Capacité avant invalidité (en minutes)	Capacité depuis votre invalidité (en minutes)	Avez-vous modifié votre façon de faire l'activité ?
Marcher			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Courir			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rester debout			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rester assis			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Monter les escaliers			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Descendre les escaliers			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RENSEIGNEMENTS SUR LES SOURCES DE REVENUS

Veuillez annexer une copie de vos déclarations de revenus provinciale et fédérale avec les avis de cotisations émis par les gouvernements pour l'année précédant votre arrêt de travail ainsi qu'une copie de votre dernier relevé de paie.

Avez-vous fait ou prévoyez-vous faire une demande de prestations auprès de l'un des régimes ou organismes suivants ? oui non

Veuillez annexer une copie des relevés à votre demande ou nous les faire parvenir, dès que possible.

	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant de la prestation	Fréquence de versement
Assurance emploi du Canada	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Commission sur les accidents de travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Assureur automobile privé ou public	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime de pension du Canada	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime de retraite privé ou public	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Assurance crédit (hypothécaire, automobile, prêt personnel)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Autre police d'assurance salaire (individuelle, collective, association professionnelle)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Autre programme gouvernemental (RQAP, Anciens Combattants, CARRA, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____



RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE FORMATION

1. Scolarité complétée : primaire secondaire collège université
2. Dernier diplôme obtenu (précisez) : _____
3. Dans quel domaine ? _____
4. Autres cours de perfectionnement : _____
5. Langues parlées : français anglais autre _____
6. Langues écrites : français anglais autre _____
7. Connaissances informatiques : internet traitement de texte chiffrier autre _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

1. Occupez-vous un emploi rémunérateur au moment de l'invalidité ? oui non
Si non, depuis quand êtes-vous sans emploi _____
Si oui, quel est votre emploi actuel ? _____
2. Depuis combien d'années occupez-vous ce poste ? _____
3. Brève description de vos tâches : _____

4. Lors de votre arrêt de travail, aviez-vous un deuxième emploi ? oui non
Si oui, veuillez préciser le nom de l'employeur : _____
5. Poste occupé : _____ Depuis quand : _____
6. Brève description de vos tâches : _____

7. Quel était votre emploi précédent : _____
8. Pendant combien d'années avez-vous fait ce travail ? _____
9. Inscrivez les autres emplois que vous avez occupés au cours de votre carrière et indiquez pendant combien de temps :

	_____ ans
Emploi	_____ ans
Emploi	_____ ans
Emploi	_____ ans
Emploi	_____ ans
Emploi	_____ ans



RENSEIGNEMENTS SUR VOS LOISIRS

Veillez indiquer les activités de loisir ou les sports que vous pratiquiez avant votre maladie ou votre accident et l'impact de votre invalidité sur leur pratique.

Loisir, sport ou passe-temps	Nombre d'heures par semaine avant l'invalidité	Nombre d'heures par semaine après l'invalidité

RENSEIGNEMENTS SUR VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Veillez indiquer ci-dessous les activités que vous ne pouvez plus faire en raison de votre accident ou de votre maladie.

Activité	Faisiez-vous cette activité avant votre invalidité ?	Faites-vous cette activité depuis votre invalidité ?	Avez-vous modifié votre façon de faire l'activité ?
Préparer les repas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire la vaisselle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Conduire une automobile	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prendre l'autobus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Balayer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire le lavage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sortir les poubelles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire le lit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déneiger	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tondre le gazon	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire l'épicerie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Magasiner	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sorties (cinéma, concert, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Télévision	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lecture (journal, revue, roman)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Jeux (cartes, dames, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Gérer le budget	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RENSEIGNEMENTS DIVERS

- Déterminez-vous un permis de conduire : oui non Si oui, indiquez la classe de permis : _____
- Votre permis a-t-il été suspendu : oui non Si oui, depuis quand : _____
- Pour quelle raison : _____

DECLARATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet. Laquelle prévoit notamment vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____ jour / mois / année



IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
 No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
 Nom du preneur de la police : _____

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet. Laquelle prévoit notamment vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

_____ jour / mois / année
 Signature de l'assuré Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec Date
 ou moins de 16 ans en Ontario

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
 No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
 Nom du preneur de la police : _____

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet. Laquelle prévoit notamment vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

_____ jour / mois / année
 Signature de l'assuré Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec Date
 ou moins de 16 ans en Ontario

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
 No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
 Nom du preneur de la police : _____

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet. Laquelle prévoit notamment vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

_____ jour / mois / année
 Signature de l'assuré Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec Date
 ou moins de 16 ans en Ontario



Demande de paiement par dépôt direct

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ No de police : _____

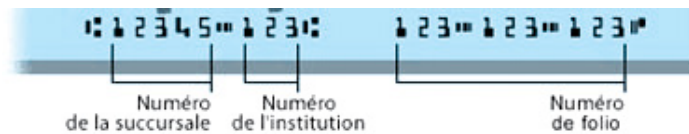
RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE

Nom de l'institution financière : _____

Adresse de la succursale : _____

N° de la succursale _____ N° de l'institution _____ N° de compte _____

L'ensemble de ces numéros sont disponibles au bas de vos spécimens de chèque.
Veuillez inscrire tous les numéros de votre numéro de compte (folio), y compris les zéros (0).



Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____ jour / mois / année

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

Veuillez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ.

**IDENTIFICATION**

Nom de l'employé : _____
N° police : _____ N° d'assurance sociale : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

1. Date d'embauche de l'employé : _____
2. Statut de l'employé : permanent temporaire saisonnier temps partiel contractuel
3. Nombre d'heures régulières de travail par semaine : _____
4. Employés saisonniers - nombre de semaines par année : _____ Cochez les mois habituellement travaillés :
 janvier février mars avril mai juin juillet août septembre octobre novembre décembre
5. Salaire brut : _____ \$ Périodicité du salaire : 52 26 24 12 payes par an.
Cotisation RRO/RPC : _____ \$ Cotisation CAEC : _____ \$ Cotisation RQAP : _____ \$
Impôt fédéral : _____ \$ Impôt provincial : _____ \$
6. Titre de l'employé : _____
7. Depuis combien d'années occupe-t-il ce poste ? _____
8. Décrivez brièvement les tâches effectuées par cet employé : _____

9. L'employé est-il couvert par une assurance collective ou une assurance individuelle dont l'entreprise est preneur ou payeur ?
 oui non Si oui, veuillez indiquer les informations suivantes :
Nom de l'assureur : _____
No du groupe (si applicable) : _____ N° du certificat ou de police : _____
10. Contribuez-vous au paiement de la prime d'assurance individuelle de Croix bleue ? oui non

RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

1. Date du dernier jour de travail de l'employé : _____ jour / mois / année
2. Date du dernier jour payé par l'employeur : _____ jour / mois / année
3. À la date du début de l'invalidité, l'employé était-il en vacances, en mise à pied, en congé sans solde, en suspension disciplinaire ?
 oui non Si oui, veuillez préciser : _____
4. Les tâches de son emploi ont-elles été modifiées récemment ? oui non
Si oui, veuillez préciser : _____
5. Avez-vous remarqué un changement dans le rendement ou l'assiduité de l'employé avant l'invalidité ? oui non
Si oui, veuillez préciser : _____
6. L'invalidité est-elle causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle ? oui non
Si oui, l'employé a-t-il fait une demande à la CNESST, au CSPAAT ou toute autre commission d'accident de travail ? oui non
Si oui, veuillez annexer la copie de cette demande et de la correspondance échangée avec cet organisme.
7. Si nécessaire, pourriez-vous offrir : a) un retour graduel au travail ? oui non b) des tâches allégées ? oui non
8. Date prévue de retour au travail : _____ jour / mois / année
9. Si l'employé a déjà repris le travail, veuillez préciser à quelle date : _____ jour / mois / année
10. Avez-vous des doutes sur le bien-fondé de cette demande ? oui non

IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE


RENSEIGNEMENTS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL – L'employé est-il exposé aux conditions suivantes (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Bruit							
Poussière							
Vibrations							
Travail à l'extérieur							
Machinerie dangereuse							
Produits dangereux							
Autre(s) (veuillez préciser) _____							

RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PHYSIQUES – Dans quelle mesure l'employé doit-il effectuer ce qui suit (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Position							
S'asseoir							
Se tenir debout							
Marcher							
S'agenouiller							
S'accroupir							
Ramper							
Tendre les bras au-dessus des épaules							
Tendre les bras au-dessous des épaules							
Monter et descendre les escaliers							
Efforts							
Soulever							
Pousser							
Lever							
Tirer							
Manipuler les objets							
Faire des mouvements répétitifs							

L'employé peut-il changer de position au besoin ? oui non

Pourcentage du temps passé par jour : assis : _____ % debout : _____ % à marcher : _____ %

L'employé doit-il manipuler des objets lourds ? oui non

Les poids maximaux sont normalement de :

0 à 5 10 à 15 20 à 25 30 à 35 40 à 45 50 et plus (livres ou kilogrammes)

Si le travail comporte des mouvements répétitifs, indiquez : _____

Pourcentage du temps de travail : _____ %

Le ou les membres sollicités : _____

Mouvements répétitifs avec : dextérité (ex. : vitesse au clavier) ou efforts physiques (ex. : chaîne d'assemblage)

La cadence est : fixe (ex. : fournir une machine) ou variable

RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PSYCHOLOGIQUES – Dans quelle mesure l'employé a-t-il recours à ce qui suit (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mémoire et compréhension							
Maintien de la concentration							
Interaction sociale							
Adaptation							

ATTESTATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Téléphone : (_____) _____ Télécopieur : (_____) _____ Courriel : _____

Nom du signataire : _____ Fonction : _____

Signature : _____ Date : _____ jour / mois / année



Déclaration du travailleur autonome

IDENTIFICATION

Nom de l'employé : _____
 N° police : _____ N° d'assurance sociale : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'OCCUPATION

1. Quelle est votre profession ou votre travail ? _____
2. Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ou ce travail à votre compte ? _____
3. Nombre d'heures de travail par semaine : _____
4. Travaillez-vous toute l'année ? oui non Si vous avez répondu non, cochez les mois où vous travaillez généralement :
 janvier février mars avril mai juin juillet août septembre octobre novembre décembre
5. Travaillez-vous à domicile ? oui non
 Si oui, précisez :
 a) le nombre d'heures par jour _____ par semaine _____
 b) ce bureau est-il accessible au public ? oui non
 c) des employés qui ne sont pas de votre famille travaillent-ils dans ce bureau ? oui non
6. Versez-vous des cotisations aux organismes suivants :
 Assurance emploi oui non CNESTT / CSPAAT / WCB oui non RRQ / RPC oui non RQAP oui non
7. Date du dernier jour travaillé : _____ jour / mois / année
8. Qui vous remplace durant votre invalidité ?
 associé / actionnaire employé contrats transférés à une autre entreprise autre : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

1. Nom de l'entreprise : _____
2. Adresse : _____
3. N° de téléphone : (_____) _____ N° de télécopieur : (_____) _____
4. Courriel : _____
5. Site Internet : _____
6. Nature de l'entreprise : _____
7. Forme juridique de l'entreprise :
 entreprise individuelle société en nom collectif compagnie ou société par actions
8. Nombre total d'associés ou d'actionnaires au sein de l'entreprise : _____
9. Pourcentage des actions que vous détenez ou de votre participation à une société en nom collectif : _____
10. Nombre d'employés à temps plein (excluant les actionnaires et les sociétaires) : _____
11. Nombre d'employés à temps partiel (excluant les actionnaires et les sociétaires) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES FONCTIONS

Veillez préciser vos fonctions et le pourcentage du temps consacré à les accomplir avant et après votre invalidité :

Fonctions	% du temps avant l'invalidité	% du temps depuis l'invalidité
Travail manuel		
Gestion - travail de bureau		
Vente - sollicitation		
Supervision d'employés		
Autre (préciser)		

IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE



RENSEIGNEMENTS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL – Êtes-vous exposé aux conditions suivantes (veuillez cocher):							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Bruit							
Poussière							
Vibrations							
Travail à l'extérieur							
Machinerie dangereuse							
Produits dangereux							
Autre(s) (veuillez préciser) _____							

RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PHYSIQUES – À quelle fréquence effectuez-vous les mouvements et efforts suivants (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mouvements							
S'asseoir							
Se tenir debout							
Marcher							
S'agenouiller							
S'accroupir							
Ramper							
Tendre les bras au-dessus des épaules							
Tendre les bras au-dessous des épaules							
Monter et descendre les escaliers							
Efforts							
Soulever							
Pousser							
Lever							
Tirer							
Manipuler les objets							
Faire des mouvements répétitifs							

Pouvez-vous changer de position au besoin ? oui non

Pourcentage du temps passé par jour : assis : _____ % debout : _____ % à marcher : _____ %

Devez-vous manipuler des objets lourds ? oui non

Les poids maximaux sont normalement de :

0 à 5 10 à 15 20 à 25 30 à 35 40 à 45 50 et plus (livres ou kilogrammes)

Si le travail comporte des mouvements répétitifs, indiquez : _____

Pourcentage du temps de travail : _____ %

Le ou les membres sollicités : _____

Mouvements répétitifs avec : dextérité (ex. : vitesse au clavier) ou efforts physiques (ex. : chaîne d'assemblage)

La cadence est : fixe (ex. : fournir une machine) ou variable

RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PSYCHOLOGIQUES – Dans quelle mesure devez-vous effectuer ce qui suit (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mémoire et compréhension							
Maintien de la concentration							
Interaction sociale							
Adaptation							

ATTESTATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.

Signature de l'assuré : _____ Date: _____ jour / mois / année

Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d'invalidité de courte durée

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

Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement – À remplir par le patient

Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)		Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Nom de l'employeur		Numéro du contrat	Numéro du certificat du participant
Taille	Poids	Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____	
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____		Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa) _____	

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. 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 pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Signature du participant/salarié

Date du consentement (jj/mm/aaaa)

Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin (ou l'infirmier praticien s'il y a lieu)



- Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la page 1 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) _____ Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail? Oui Non

Accident de la route? Oui Non

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

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

Date de votre première consultation avec le patient
relativement à cette affection

Date du premier jour d'absence du travail en raison de
l'affection

(jj/mm/aaaa) _____

(jj/mm/aaaa) _____

Hospitalisation Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

Veillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport de congé :

Date d'admission (jj/mm/aaaa) _____

Date de sortie (jj/mm/aaaa) _____

Nom de l'établissement _____

Si le patient a subi une intervention chirurgicale dans le cadre de cette absence du travail, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa) _____ Description : _____

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement.

Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Oui Non

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

Veillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.).

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____



Veillez 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

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation _____

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

Veillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue.

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

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? Oui Non

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (sauf si déjà indiqué en page 1).

Avis au médecin

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 (en caractères d'imprimerie)	Spécialité du médecin	Date de signature (jj/mm/aaaa)
Adresse		Téléphone (avec indicatif régional) Télécopieur (avec indicatif régional)

Signature ou tampon

Questionnaire du médecin traitant – Troubles mentaux

Partie A				Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement À REMPLIR PAR LE PATIENT			
Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)			Téléphone (avec indicatif régional)		Adresse courriel		
Adresse (rue, ville, province, code postal)							
Nom de l'employeur			Numéro du contrat		Numéro du certificat du participant	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)		Date réelle du retour au travail, ou date prévue du retour au travail si elle est connue (jj/mm/aaaa)			Indiquez vos : Taille : _____ Poids : _____		
<p>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. 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 pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</p>							
Signature du participant/salarié					Date du consentement (jj/mm/aaaa)		
Partie B				Questionnaire du médecin traitant À REMPLIR PAR LE MÉDECIN			
Je suis : le médecin traitant <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____							
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.							
1) Diagnostic							
Diagnostic primaire : _____							
Diagnostic secondaire : _____							
Le trouble est-il lié : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? <input type="checkbox"/> à un accident de la route? <input type="checkbox"/>							
Dans l'affirmative, indiquez la date. (jj/mm/aaaa) _____							
Précisions : _____							
Date de votre première consultation avec le patient relativement à ce trouble (jj/mm/aaaa) _____				Date du premier jour d'absence du travail en raison de ce trouble (jj/mm/aaaa) _____			
Le patient a-t-il déjà été traité pour le même trouble ou pour un trouble semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							
Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) _____ Indiquez par qui. _____							
Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							
Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____							

2) Symptômes, tels que décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité).

3) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet du trouble sur les points suivants :

	Sans effet	Léger	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/Vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède :

4) Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- Difficultés au travail Difficultés sociales/familiales Difficultés d'ordre financier/juridique
 Affection physique Alcoolisme/Toxicomanie Effets secondaires d'un ou de médicaments
 Perception de la douleur Difficultés d'adaptation Personnalité/Manque de motivation Autres

Veillez préciser.

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés.

5) Examens

Veillez joindre au présent questionnaire 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

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations? Oui Non Date prévue du rapport (jj/mm/aaaa) _____

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes? Oui Non

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

Motif de la demande de consultation : _____

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de ce trouble? Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) _____ Type de permis : _____

6) Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise (jj/mm/aaaa)	Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant (jj/mm/aaaa)	Réponse

7) Hospitalisation

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

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

8) Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie/alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj/mm/aaaa)	Réponse
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

9) Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj/mm/aaaa)	Réponse
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

10) Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse
Trop tôt pour se prononcer

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

Veuillez préciser. _____

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

Dans l'affirmative, précisez. _____

11) Pronostic et rétablissement

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

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient. _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

Avis au médecin

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 (en caractères d'imprimerie)	Spécialité du médecin	Date de signature (jj/mm/aaaa)
Adresse		Téléphone (avec indicatif régional) Télécopieur (avec indicatif régional)
Signature ou tampon		





Notes

Avez-vous inclus les documents suivants ?

- Déclaration de l'assuré
- Autorisations signées et datées
- Demande de dépôt direct et spécimen de chèque
- Déclaration du médecin traitant et dossier médical
- Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome
- Déclarations de revenus, avis de cotisation, relevé de paie, états financiers

Pour toute question, communiquez avec notre service de règlements.

**Croix Bleue Canassurance
Règlements, assurances vie et invalidité**

Téléphone : 1 800 300-5002

Télécopieur : 1 877 590-7504

Au Québec

1981, avenue McGill College, bureau 105

Montréal (Québec) H3A 0H6

Courriel : reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca

En Ontario

BP 4433, Succursale A

Toronto (Ontario) M5W 3Y7

Courriel : reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca



^{MD} Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.