

DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

IL INCOMBE AU PATIENT DE FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE, LES FRAIS ÉTANT À SA CHARGE. VOUS POUVEZ LE RETOURNER À L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE PAR LA POSTE, OU LE REMETTRE AU PATIENT. NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION.

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ

CETTE DÉCLARATION A POUR OBJET DE NOUS PERMETTRE DE STATUER ADÉQUATEMENT SUR LE DEGRÉ D'INVALIDITÉ. À CETTE FIN, NOUS AVONS BESOIN QUE VOUS NOUS DONNIEZ TOUTES LES PRÉCISIONS POSSIBLES SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, VOS OBSERVATIONS, VOTRE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT PRESCRIT ET LES RÉSULTATS OBTENUS.

NOM DU PATIENT (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	DATE DE NAISSANCE J M A	NO GROUPE / POLICE / CERT
OCCUPATION		

1. DIAGNOSTIC (S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE DE NATURE PSYCHIÁTRIQUE, VEUILLEZ PRÉCISER LE CODE ET L'AXE SELON LE "DSM IV")

A. PRINCIPAL (Y COMPRIS TOUTES LES COMPLICATIONS) :

B. SECONDAIRE (OU AUTRES AFFECTATIONS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ) :

C. SYMPTÔMES SUBJECTIFS : _____ **D.** SYMPTÔMES OBJECTIVÉS (résultats récents de radiographies, ECG, examens de laboratoire et autres examens) : _____

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

A. DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES OU DATE DE L'ACCIDENT JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

B. DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR CETTE INVALIDITÉ JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

C. LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE CETTE AFFECTATION OU D'UNE AFFECTATION DE CE GENRE? OUI NON NE SAIS PAS
DANS L'AFFIRMATIVE, DATES ET PRÉCISIONS : JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

D. S'AGIT-IL D'UNE AFFECTATION CHRONIQUE? OUI NON D'UNE AFFECTATION RÉCIDIVANTE? OUI NON
SI OUI, QUELLE EST LA CAUSE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL? _____

E. SI LE PATIENT EST ATTEINT DEPUIS LONGTEMPS, SON ÉTAT S'EST-IL : MAINTENU AMÉLIORÉ LÉGÈREMENT AGGRAVÉ CONSIDÉRABLEMENT AGGRAVÉ

F. L'AFFECTATION EST-ELLE ATTRIBUABLE À UN ACCIDENT OU À UNE MALADIE PROFESSIONNELLE? OUI NON NE SAIS PAS

G. CETTE MALADIE EST-ELLE RELIÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT À UNE GROSSESSE? OUI NON
SI OUI, DATE PRÉVUE DE L'ACCOUCHEMENT JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

H. NOMS ET SPÉCIALITÉS DES AUTRES MÉDECINS OU THÉRAPEUTES TRAITANTS OU CONSULTANTS (S'IL Y A LIEU, PRÉCISEZ À LA SECTION 7 **REMARQUES**).

3. TRAITEMENT

A. DATE DE LA PREMIÈRE VISITE JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

B. DATE DE LA DERNIÈRE VISITE JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

C. FRÉQUENCE DES VISITES HEBDOMADAIRES MENSUELLES AUTRE FRÉQUENCE

D. GENRE DE TRAITEMENT ET DURÉE PROBABLE : _____

E. NOMS DES MÉDICAMENTS PRESCRITS ET POSOLOGIE ACTUELLE : _____

F. Y A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE? OUI NON EN ATTENTE DATE : JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____
NATURE DE L'INTERVENTION : _____

G. LE PATIENT EST-IL OU A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ? OUI NON
SI OUI, PÉRIODE ET NOM DE L'HÔPITAL OU DU CENTRE DE RÉADAPTATION :
DU _____ AU _____ ENDROIT : _____

H. LE PATIENT SUIT-IL LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS? OUI NON DANS LA NÉGATIVE FOURNIR DES PRÉCISIONS À LA SECTION 7 **REMARQUES**.

4. ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

ÉTAT CARDIAQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

- A. CAPACITÉ FONCTIONNELLE : SANS RESTRICTION LÉGÈRE RESTRICTION RESTRICTION MARQUÉE RESTRICTION COMPLÈTE
- B. TENSION ARTÉRIELLE À LA DERNIÈRE VISITE : SYSTOLIQUE/DIASTOLIQUE

ÉTAT PHYSIQUE

- A. SANS RESTRICTION; APTÉ À TOUTE ACTIVITÉ PHYSIQUE
- B. LÉGÈRE RESTRICTION; TRAVAIL MANUEL LÉGER NE DEMANDANT PAS DE MOUVEMENTS RÉPÉTITIFS
- C. RESTRICTION MODÉRÉE; TRAVAIL NORMAL DEMANDANT UN EFFORT MODÉRÉ AVEC POSSIBILITÉ DE MOUVEMENTS RÉPÉTITIFS
- D. RESTRICTION MARQUÉE; TRAVAIL DEMANDANT UN EFFORT SOUTENU
- E. RESTRICTION COMPLÈTE; AUCUNE FORME DE TRAVAIL, MÊME SÉDENTAIRE

POUR LES RESTRICTIONS C, D ET E VEUILLEZ COCHER LES FONCTIONS QUI **NE PEUVENT PAS** ÊTRE ACCOMPLIES À CAUSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT :

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> COURIR | <input type="checkbox"/> SOULEVER UNE CHARGE SUPÉRIEURE À _____ LB/KG | <input type="checkbox"/> MAINTENIR SON ÉQUILIBRE |
| <input type="checkbox"/> GRIMPER | <input type="checkbox"/> TRANSPORTER UNE CHARGE SUPÉRIEURE À _____ LB/KG | <input type="checkbox"/> CONDUIRE UN VÉHICULE MOTEUR |
| <input type="checkbox"/> SE PENCHER | <input type="checkbox"/> S'AGENOUILLER | <input type="checkbox"/> ACTIONNER DE LA MACHINERIE LOURDE |

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

- A. LE PATIENT PEUT S'ADAPTER AUX SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ
- B. LE PATIENT PEUT S'ADAPTER À QUELQUES SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ DANS CERTAINS CAS
- C. LE PATIENT PEUT S'ADAPTER À LA PLUPART DES SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ DANS PRESQUE TOUS LES CAS
- D. LE PATIENT EST INCAPABLE DE S'ADAPTER AUX SITUATIONS STRESSANTES ET DE FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ
- E. LE PATIENT RÉALISE DIFFICILEMENT SES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUES, PHYSIOLOGIQUES, PERSONNELLES ET SOCIALES

5. PRONOSTIC

- A. LE PATIENT EST-IL TOTALEMENT INCAPABLE D'EXERCER SON OCCUPATION RÉGULIÈRE? OUI NON DEPUIS QUELLE DATE? JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____
- DANS L'AFFIRMATIVE, QUAND POURRA-T-IL LA REPRENDRE? JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____ JAMAIS
- DANS LA NÉGATIVE, À QUELLE DATE POUVAIT-IL LA REPRENDRE ? JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____
- SI LA DATE EST INDÉTERMINÉE, NOMBRE DE SEMAINES ADDITIONNELLES ESTIMÉES NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE UN NIVEAU SUFFISANT DE RÉCUPÉRATION POUR TENTER UN RETOUR AU TRAVAIL : _____ SEMAINES
- B. LE PATIENT EST-IL TOTALEMENT INCAPABLE D'ACCOMPLIR UNE AUTRE OCCUPATION RÉMUNÉRATRICE? OUI NON

6. RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

- A. UNE ORIENTATION PROFESSIONNELLE OU UN RECYCLAGE SERAIENT-ILS INDIQUÉS? OUI NON
- B. L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT PEUT-IL **NÉCESSITER** QU'IL RÉINTÈGRE LE TRAVAIL DE FAÇON PROGRESSIVE? OUI NON
- C. L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT EST-IL SUFFISAMMENT STABILISÉ POUR QU'UNE FORMULE DE RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL DE FAÇON PARTIELLE PROGRESSIVE, DE COURTE DURÉE, S'AVÈRE ADÉQUATE ET BÉNÉFIQUE? OUI NON
- DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ INDIQUER VOS RECOMMANDATIONS À LA SECTION 7 **REMARQUES** EN AYANT SOINS DE PRÉCISER POURQUOI LE RETOUR À PLEIN TEMPS NE PEUT ÊTRE EFFECTUÉ?

7. REMARQUES

NOM DU MÉDECIN (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	SPÉCIALITÉ
--	------------

ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
---------	---------------------

X	X
DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN

J'ACCEPTÉ QUE SOIT TRANSMIS À MON ASSUREUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE RELATIF À LA PRÉSENTE DEMANDE.

X	X
DATE	SIGNATURE DU PATIENT

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

IMPORTANT : DÈS QUE VOUS ÊTES ABSENT DU TRAVAIL ET POURRIEZ AVOIR DROIT À DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ, OU VOUS QUALIFIER POUR L'EXONÉRATION DES PRIMES, VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À L'ASSUREUR DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS. TOUTE DEMANDE INITIALE DOIT INCLURE UNE DÉCLARATION DU RÉCLAMANT ET UNE DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DUMENT COMPLÉTÉES ET SIGNÉES. ÉGALEMENT INCLURE UNE COPIE DU CONTRAT DE PRÊT ET DU RELEVÉ DES VERSEMENTS À LA DATE D'INVALIDITÉ, SI ASSURANCE PRÊT HYPOTHÉCAIRE.

DÉCLARATION DU RÉCLAMANT

POLICE NO.		NO D'ASSURANCE SOCIALE		
NOM DU RÉCLAMANT		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A	
ADRESSE				
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CODE RÉG.				
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR		CAUSE DE L'INVALIDITÉ		

À QUELLE DATE VOTRE INVALIDITÉ VOUS A-T-ELLE RENDU INCAPABLE DE TRAVAILLER?

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

À QUELLE DATE AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN MÉDECIN LA PREMIÈRE FOIS APRÈS L'ARRÊT DE TRAVAIL?

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

NOM DU MÉDECIN _____

À QUELLE DATE PRÉVOYEZ-VOUS RETOURNER AU TRAVAIL?

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

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? OUI NON SI OUI, DURANT QUELLE PÉRIODE : DU _____ AU _____

NOM DE L'HÔPITAL _____

VOTRE INVALIDITÉ EST-ELLE CAUSÉE PAR UN ACCIDENT? OUI NON

SI OUI, QUAND L'ACCIDENT EST-IL SURVENU?

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

HEURE _____ A.M. P.M.

À QUEL ENDROIT L'ACCIDENT EST-IL SURVENU? _____

DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES DE CET ACCIDENT : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN PROBLÈME SEMBLABLE ? DANS L'AFFIRMATIVE, DÉCRIRE. OUI NON

RECEVEZ-VOUS D'AUTRES REVENUS D'INVALIDITÉ? OUI NON

SI OUI, DE QUELLE SOURCE? _____ DEPUIS QUELLE DATE _____

NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL : _____

QUELLE EST VOTRE OCCUPATION CHEZ VOTRE EMPLOYEUR : _____

NOMBRES D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE : _____

AVEZ-VOUS PLACÉ UNE DEMANDE DE PRESTATIONS AUPRÈS

DU RÉGIME DE PENSION DU CANADA

DEMANDE PLACÉE

DATE

ACCEPTÉE - REFUSÉE

RÉP. EN ATTENTE

OUI NON

DE LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC

OUI NON

DU CENTRE D'EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA (C.E.I.C.)

OUI NON

DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (C.S.S.T.)

OUI NON

DE LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (S.A.A.Q.)

OUI NON

OU DE TOUT AUTRE ORGANISME OU ASSUREURS

OUI NON

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS RELATIFS À L'ACCEPTATION OU AU REFUS DE VOTRE DEMANDE, SELON LE CAS.

AUTORISATION

JE CERTIFIE QUE LES DÉCLARATIONS CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES ET J'AUTORISE, PAR LES PRÉSENTES, TOUT MÉDECIN, HÔPITAL, CLINIQUE, COMPAGNIE D'ASSURANCE OU AUTRE ORGANISME, Y COMPRIS LA C.S.S.T., LA S.A.A.Q. ET LA C.E.I.C AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT OU PERSONNE POSSÉDANT UN DOSSIER OU DES RENSEIGNEMENTS SUR MOI OU SUR MON ÉTAT DE SANTÉ À FOURNIR À L'UNION-VIE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE, TOUT RENSEIGNEMENT PORTANT SUR MON ÉTAT DE SANTÉ ET MES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX. UNE PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION AURA LA MÊME VALEUR QU'UN ORIGINAL.

X

DATE NOM DE L'ASSURÉ (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

X

SIGNATURE

**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., la R.R.Q et le W.C.B., à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, j'autorise **L'Union-Vie** à communiquer aux dits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet.

Une photocopie du présent consentement à la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ 20_____

X _____
TÉMOIN

X _____
SIGNATURE

ADRESSE _____

