

SECTION C (suite)

3. Avez-vous effectué un retour aux études ou suivez-vous une formation professionnelle? Non Oui, depuis le

A	M	J

Détails sur le programme suivi (description, nombre d'heures/semaine) _____

SECTION D

1. Noms des médecins consultés pour la présente invalidité : _____ Adresse : _____

2. Si hospitalisation, nom et adresse de l'hôpital : _____ Date de l'hospitalisation : _____

SECTION E (NOTE – Veuillez inclure une copie de toute documentation reçue des organismes ci-dessous, y inclus l'avis de paiement.)

1. Autres sources de revenus? Oui Non
Si oui, veuillez cocher : CSST/WSIB IVAC SAAQ Chômage maladie Chômage RRQ/RPC Maladie RRQ/RPC Retraite
Toute autre source, telle que compagnie d'assurance ou autre : (Précisez) _____ Assurance collective individuelle hypothécaire
2. La demande est : À l'étude Acceptée Refusée En contestation 3. Si acceptée, montant de l'indemnité _____ \$ Aux 14 jours Mensuelle
4. Recevez-vous toujours ces indemnités? Oui Non, depuis le

A	M	J

AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION : Votre demande est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi provinciale qui s'applique. Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai.

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Signé à _____ Date

A	M	J

Témoïn

Signature de l'assuré

Veuillez lire attentivement les indications ci-dessous :

Remplir toutes les sections du formulaire et l'autorisation pour soumettre une demande de règlement. Joindre à votre demande le formulaire *Déclaration du médecin traitant* (F35-55-1) que vous trouverez sur le site (*ce formulaire n'est pas requis pour les avenants hospitalisation et frais paramédicaux*).

Pour une demande initiale, une copie des documents ci-dessous est requise, si elle concerne l'un des produits suivants :

- Revenu d'appoint
 - Pour un salarié : feuillets d'impôt des deux dernières années (T4 et Relevé 1)
 - Pour un travailleur autonome : déclarations de revenu fédérales et provinciales des deux dernières années
- Avenant crédit / Multiterme :
 - Copie de la convention de prêt et/ou de la marge de crédit en vigueur à la date de l'invalidité
 - Copie du relevé mensuel du prêt et/ou de la marge de crédit à la date de l'invalidité
- Abrisement :
 - Copie du dernier relevé annuel du prêt hypothécaire comportant les renseignements sur les modalités de remboursement
- Avenant hospitalisation : copie de la feuille sommaire d'hospitalisation
- Avenant frais paramédicaux : originaux des frais demandés

(Il est important de fournir tous les renseignements requis pour l'évaluation de votre demande afin d'éviter des délais additionnels dans le traitement de votre dossier.)

AUTORISATION

Je consens à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la compagnie) ainsi qu'à ses filiales, et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer la présente demande et la couverture de la police d'assurance. J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne, tout organisme et toute entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette demande de règlement à les transmettre à la compagnie.

J'autorise la compagnie à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme requis par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou qu'une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature de l'assuré : _____ Date

A	M	J

**Les honoraires exigés pour remplir
le formulaire sont aux frais du patient.**
IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Date de naissance : _____ A M J

1. HISTORIQUE DU PATIENT

 a. Êtes-vous le médecin de famille? Oui, depuis le : _____ A M J Non

Si non, nom du médecin de famille : _____

 b. Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin? Oui Non

Si oui, lequel? _____

c. Autres médecins consultés ou référés relativement à l'invalidité actuelle

Noms
Spécialités

2. HISTORIQUE DE L'INVALIDITÉ

a. Date du début de l'invalidité totale : _____ A M J

 b. Date de l'accident ou de l'apparition des 1^{ers} symptômes : _____ A M J

 c. Date de la 1^{re} visite associée à la condition actuelle : _____ A M J

d. Date de la dernière visite : _____ A M J

 Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

 e. L'incapacité de travailler est liée : Une maladie Un accident de travail Un accident d'automobile Autre

f. S'il s'agit d'une rechute, à quelle date l'invalidité totale a-t-elle redébuté? _____ A M J

3. DIAGNOSTIC

 a. Principal : _____

 b. Secondaire – conditions associées et complications médicales : _____

S'il y a lieu, veuillez répondre aux questions suivantes (selon le DSM) :

Axe III : maladie associée : _____

Axe IV : stressseurs psychosociaux associés : _____

Axe V - Score EGF (0 à 100) : Au début du traitement : _____ Actuellement : _____

 c. Résultats de l'investigation (radiographies, tests de laboratoire, etc.) : _____

d. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?

 Non Ne sais pas Oui, date : _____ A M J et description _____

 e. Si l'incapacité de travailler résulte d'une grossesse, date prévue de l'accouchement : _____ A M J S'agit-il d'un retrait préventif? Oui Non

4. SYMPTÔMES / LIMITATIONS

a. Quels sont les symptômes et les limitations constatés à la suite de votre évaluation?

- indiquez le degré de gravité (L = léger M = moyen S = sévère)

Symptômes :	L	M	S	Limitations fonctionnelles :	L	M	S
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Les limitations fonctionnelles sont : Temporaires Permanentes

5. TRAITEMENT

a. Médicaments (nom et posologie) : _____

b. Physiothérapie Ergothérapie Psychothérapie Autres _____

Si oui, fréquence : _____ En cours Terminé

c. Réponse au traitement : Bonne Partielle Aucune Trop tôt pour se prononcer

d. Si hospitalisation, date : du

	A		M		J				

 au

	A		M		J				

 Actuellement hospitalisé

Nom de l'hôpital : _____

Raison de l'hospitalisation : _____

Le cas échéant, intervention chirurgicale à venir (description) : _____ Date :

	A		M		J				

6. PRONOSTIC

a. L'état de santé du patient l'empêche-t-il d'exercer son emploi? Oui Non, depuis le :

	A		M		J				

Si oui, dans combien de temps pourra-t-il retourner au travail?

Semaines _____ Mois _____ Indéterminé ou Date de retour au travail :

	A		M		J				

 Aucun retour à l'emploi préésionnel possible

- Le cas échéant, si le patient n'est pas sur le marché du travail, durée approximative de l'invalidité :

Semaines _____ Mois _____ Indéterminée ou Fin de l'invalidité le :

	A		M		J				

b. Le patient peut-il exercer un autre emploi?

Oui, à compter du

	A		M		J				

 Non

c. Considérez-vous le patient totalement invalide, et ce, de façon permanente?

Oui Non Trop tôt pour se prononcer

d. L'évolution du patient est : Stable Améliorée Aggravée

e. Le pronostic est : Favorable Réservé Espérance de vie réduite

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez ajouter sur l'état de santé du patient (incluant les facteurs non médicaux)?

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et prénom : _____ Téléphone :

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

Adresse : _____ Télécopieur :

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

N° de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Signature : _____ Date

	A		M		J				