



**MUTUELLE**

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 PSYCHIÂTRIQUE, 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 **NECESSITER** 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
<b>X</b>	
DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN

J'ACCEPTÉ QUE SOIT TRANSMIS À MON ASSUREUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE RELATIF À LA PRÉSENTE DEMANDE.		
<b>X</b>		<b>X</b>
DATE	NOM DU PATIENT (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	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.	CONTRAT NO.	CLASSE	NO D'ASSURANCE SOCIALE		
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A		
ADRESSE					
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CODE RÉG.		CAUSE DE L'INVALIDITÉ			
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR		MONTANT DU VERSEMENT MENSUEL		DATE REQUISE DU VERS. MENSUEL	
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, DURANT QUELLE PÉRIODE : DU _____ AU _____					
NOM DE L'HÔPITAL _____					
VOTRE INVALIDITÉ EST-ELLE CAUSÉE PAR UN ACCIDENT? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
SI OUI, QUAND L'ACCIDENT EST-IL SURVENU?			J	M	A
HEURE _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>					
À QUEL ENDROIT L'ACCIDENT EST-IL SURVENU? _____					
DÉCRIREZ LES CIRCONSTANCES DE CET ACCIDENT : _____					
AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN PROBLÈME SEMBLABLE ? DANS L'affIRMATIVE, DÉCRIRE. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
RECEVEZ-VOUS D'AUTRES REVENUS D'INVALIDITÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
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	DEMANDE PLACÉE	DATE	ACCEPTÉE - REFUSÉE		RÉP. EN ATTENTE
DU RÉGIME DE PENSION DU CANADA	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DU CENTRE D'EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA (C.E.I.C.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (C.S.S.T.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (S.A.A.Q.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OU DE TOUT AUTRE ORGANISME OU ASSUREURS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

<b>X</b>	<b>X</b>
DATE	SIGNATURE
NOM DE L'ASSURÉ (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	



## 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** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_