



11106

## DEMANDE DE PROLONGATION ASSURANCE INVALIDITÉ COURTE ET/OU LONGUE DURÉE

Ce formulaire doit être rempli par l'assuré ou par quelqu'un en son nom s'il est incapable de le remplir lui-même. La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. La compagnie n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)		N° DE GROUPE 1	N° DE L'EMPLOYEUR 2	N° D'IDENTIFICATION 3
4 NOM		5 PRÉNOM		
6 ADRESSE N° RUE APP.		VILLE		CODE POSTAL
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENCE ( ) -	8 TÉLÉPHONE TRAVAIL ( ) -	9 SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
11 NOM DE L'EMPLOYEUR :		10 DATE DE NAISSANCE A M J		
12 PROFESSION/OCCUPATION :				
13 Début de l'invalidité : A M J		15 Êtes-vous encore totalement invalide? <input type="checkbox"/> Non - date de fin d'invalidité : A M J <input type="checkbox"/> Oui - sans interruption depuis le : A M J		
14 Dernier jour de travail : A M J				
16 Avez-vous travaillé à temps partiel depuis le début de votre invalidité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Combien de jours ou heures/semaine? _____		17 a) Retour au travail à temps complet : A M J b) Retour progressif au travail : A M J		
18 Depuis le dernier rapport, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi des examens? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir les renseignements ci-dessous. Hôpitaux, médecins consultés durant votre invalidité actuelle : Nom et adresse des hôpitaux ou médecins Date Traitements/opérations				
19 Quels médicaments prenez-vous actuellement? _____				
20 Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public (RRQ, CSST, CARRA) et /ou une compagnie d'assurance? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quel organisme? _____ Date de votre demande : A M J <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude Autre : Nom de la compagnie d'assurance _____ Numéro de dossier _____ <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude				
21 Veuillez fournir tout autre renseignement ayant trait à cette demande qui n'aurait pas été donné aux réponses précédentes : _____				
22 Je déclare que les réponses sont complètes et véridiques _____ Signature de la personne assurée A M J Date				

1 Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Veuillez passer à la question suivante si aucun changement depuis la dernière déclaration)

2 N° de groupe : \_\_\_\_\_  
 N° de l'employeur : \_\_\_\_\_

Code Postal

Téléphone : ( ) - Poste : \_\_\_\_\_

3 Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ 4 Prénom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

5 Numéro d'identification de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

6 L'employé(e) est-il (elle) toujours à votre emploi? oui  non

Sinon, s'agit-il

d'un congédiement? non  oui  → date : \_\_\_\_\_

d'une mise à pied? non  oui  → du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Date de l'avis : \_\_\_\_\_

d'une abolition de poste? non  oui  → date : \_\_\_\_\_

d'un congé sans solde? non  oui  → du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

autre : précisez : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

7 L'employé(e) est-il (elle) retourné(e) au travail? oui  non

Date

Occupation

Si oui, veuillez indiquer la date et l'occupation \_\_\_\_\_

8 Depuis votre dernière déclaration, avez-vous versé des sommes à cet(te) employé(e)? non  oui

Nature

Période

Montant

Si oui, précisez la nature, la période et le montant : (Ex. : vacances, congés de maladie, assurance emploi, etc.) \_\_\_\_\_

9 Y a-t-il d'autres informations relatives à la présente demande que nous devrions connaître? non  oui

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

10 Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Signature de la personne assurée

Date

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
 5 Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) :  
 \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ lb  kg  Taille : \_\_\_\_\_ pi/po  \_\_\_\_\_ m/cm  Tension artérielle la plus récente : \_\_\_\_\_  
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
	<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"/>

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_  
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : \_\_\_\_\_  
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : \_\_\_\_\_  
 2.4 Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 2.5 Consultation d'un spécialiste : Non  Oui  → **Annexez la copie**

**3. Suivi médical et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
 3.2 Tests et examens à venir, précisez : \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.4 Orientation vers un spécialiste : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
 3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.  

Au début de l'invalidité	Actuellement
_____	_____

 3.7 Évolution : Progressive  stable  régressive   
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
 \_\_\_\_\_  
 3.9 Collaboration du patient à son traitement : excellente  moyenne  médiocre   
 3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui   
 3.11 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
 3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
5 Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
1.3 Veuillez décrire les symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux : L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<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"/>

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_  
2.2 **Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand **Votre patient est-il suivi :** Précisez :  
 psychiatre? Non  Oui  dans un centre de traitement? Non  Oui   
 psychologue? Non  Oui  dans un CLSC? Non  Oui   
 travailleur social? Non  Oui  dans un hôpital de jour? Non  Oui   
 autre intervenant? Non  Oui  en thérapie de groupe? Non  Oui   
 en thérapie individuelle? Non  Oui

AXE II) Troubles de la personnalité associés? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

AXE III) Maladie associée : - diagnostic : \_\_\_\_\_  
 - médicaments prescrits : \_\_\_\_\_

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :  
 Problèmes personnels ou interpersonnels  Perte d'emploi ou mise à pied  Problèmes professionnels  
 Problèmes conjugaux ou familiaux  Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite  
 - au début du traitement : \_\_\_\_\_ - actuellement : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
 3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 3.4 Collaboration du patient à son traitement : excellente  moyenne  médiocre   
 3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
 \_\_\_\_\_  
 3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui   
 3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non  Oui   
 3.8 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
 3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

\_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_