

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Télécopieur: 418 643-7323 ou 1 855 669-8830
prest.inv@lacapitale.com

N° DE CONTRAT		N° DE L'EMPLOYEUR		N° D'IDENTIFICATION	
1	2	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		10 DATE DE NAISSANCE	
				Année	Mois
				Jour	

11 STATUT FISCAL
 célibataire | monoparental | marié ou conjoint de fait

PERSONNES À CHARGE
 conjoint : non oui | enfants : non oui → nombre : _____

12 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation ? non oui → Date de début : _____
 Si oui, précisez la nature des activités : _____

13 L'invalidité résulte-t-elle d'un accident ? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu.

14 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous ?	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision ?	
PROGRAMME					oui	non
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime des rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pension du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

15 Déclaration

« Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques. J'autorise la personne responsable du régime d'assurance collective et La Capitale assureur de l'administration publique inc. à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'administration et/ou d'identification. »

16 Autorisation

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

Par la personne assurée

- déclaration de la personne assurée
- section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par l'employeur

- déclaration de l'employeur

Par le médecin traitant

- déclaration du médecin traitant

Signature de la personne assurée

Date

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

<p>1 Nom : _____</p> <p>3 N° de contrat : _____</p>	<p>2 Prénom : _____</p> <p>4 Numéro d'assurance sociale : _____</p> <p>5 Date de naissance : _____</p>
---	--

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

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Complications : _____

1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :

a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens

Précisez les périodes : _____

1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident de travail un accident d'automobile

Date de l'événement : _____

une grossesse Non Oui

un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____

1.6 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
_____	_____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____

b) une opération Non Oui d'un jour Type _____

Intervention chirurgicale : _____ Date : _____

c) d'autres traitements : Non Oui Précisez : _____

d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____

3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____

Spécialité : _____

3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____

3.5 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 : _____

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
Année Mois Jour
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 Symptômes actuels : _____
1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense avec éléments psychotiques
1.5 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
Au début de l'invalidité Année Mois Jour Actuellement

1.6 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu
 autres, précisez : _____
1.7 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux c) pris des médicaments e) subi des examens
b) consulté un autre médecin d) été hospitalisé
Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____
2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non Oui un travailleur social? Non Oui
un psychologue? Non Oui un autre intervenant de la santé? Non Oui
Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : Année Mois Jour Prochaine consultation : Année Mois Jour
3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
Spécialité : _____
3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail Année Mois Jour
3.5 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 : Année Mois Jour