

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, 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

Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)		N° DE CONTRAT	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
		1	2	3
4 NOM		5 PRÉNOM		
6 ADRESSE		VILLE		CODE POSTAL
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENCE () -		8 TÉLÉPHONE TRAVAIL () -		9 SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		10 DATE DE NAISSANCE		

11 STATUT FISCAL		PERSONNES À CHARGE		
célibataire <input type="checkbox"/> monoparental <input type="checkbox"/> marié ou conjoint de fait <input type="checkbox"/>		conjoint : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui enfants : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 assurances et gestion du patrimoine 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 assurances et gestion du patrimoine 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 assurances et gestion du patrimoine 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 assurances et gestion du patrimoine 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
----------------------------------	------

Déclaration de l'employeur ou du preneur (remplir en lettres majuscules)

1 Nom et adresse de l'employeur : _____ 2 N° de contrat : _____
 _____ Code Postal N° de l'employeur : _____
 Téléphone : () - Poste : _____

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

5 Occupation de l'employé(e) : _____

6 Principales tâches de l'employé(e) : _____

7 Date d'entrée à votre service : Année Mois Jour 8 Numéro d'assurance sociale (si les prestations sont imposables) : _____

9 Numéro d'identification de l'employé(e) : _____

10 Salaire mensuel au début de l'invalidité : Brut : _____ \$
 FÉDÉRAL PROVINCIAL

11 Exemptions fiscales personnelles : _____ \$ _____ \$

12 Temps plein Temps partiel : % du temps partiel travaillé _____ Sur appel Autre (précisez) : _____

13 Indiquez les jours de travail d'une semaine normale : L M M J V S D Horaire : de _____ à _____
 heure heure

14 Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : _____

15 Dernier jour de travail : Année Mois Jour 16 Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : _____

17 Date du premier jour d'absence au travail : Année Mois Jour

18 L'employé(e) est-il (elle) retourné(e) au travail ? non oui Date : Année Mois Jour

19 L'invalidité est-elle attribuable à : un accident de travail ? une maladie professionnelle ?

20 Si l'employée est actuellement enceinte, une demande a-t-elle été ou sera-t-elle effectuée à la CSST en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ?
 non oui

21 Est-ce que l'invalidité coïncide avec :
 un congédiement ? non oui → date : Année Mois Jour
 une mise à pied ? non oui → du Année Mois Jour au Année Mois Jour Date de l'avis : Année Mois Jour
 une abolition de poste ? non oui Année Mois Jour → date :
 un congé sans solde ? non oui → du Année Mois Jour au Année Mois Jour
 autre : précisez : _____ du Année Mois Jour au Année Mois Jour

22 Au cours de la période d'invalidité, 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.)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

23 Si l'employé(e) peut faire un travail adapté à sa condition, est-il possible de l'assigner à un autre emploi dans votre organisation ? non oui
 Si oui, précisez : _____

24 Y a-t-il d'autres informations relatives à la présente demande que nous devrions connaître ? non oui
 Si oui, précisez : _____

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

Signature de la personne autorisée

Année Mois Jour
 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.

<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 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 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	un travailleur social ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
un psychologue ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	un autre intervenant de la santé ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

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 : _____

3.2 Autres dates de consultations : _____

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 : _____