

Déclaration d'invalidité de l'employé et Déclaration d'invalidité par le médecin traitant

Demande de prestations d'assurance-invalidité – Contrat n° 50800

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

Instructions à l'intention du médecin traitant : Veuillez remplir le présent formulaire au complet le plus tôt possible pour éviter tout retard dans le versement des prestations auxquelles l'employé pourrait avoir droit. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, utilisera les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer si l'employé a droit à des prestations d'assurance-invalidité. En fournissant des réponses précises et détaillées, vous nous aidez à en arriver à une décision équitable. **L'employé doit remplir et signer la Partie 1 du présent formulaire avant que vous ne remplissiez la Partie 2.** Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge de l'employé. Si la demande de l'employé est acceptée, la Financière Sun Life et la Société canadienne des postes examineront conjointement les progrès de l'employé et la possibilité pour celui-ci de retourner au travail. La Financière Sun Life pourra périodiquement vous demander des renseignements à jour sur l'état de santé de l'employé pour l'aider dans ses évaluations.

Partie 1 : Renseignements sur l'employé (L'employé doit remplir la Partie 1 du formulaire avant que le médecin ne remplisse la Partie 2.)

1 Renseignements sur l'employé

Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —
Adresse (nom et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone (domicile) — —	Numéro d'identité de l'employé	Numéro d'assurance sociale (aux fins de l'impôt) 	

2 Renseignements sur votre maladie ou blessure

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et en quoi celle-ci vous empêche de travailler. Veuillez décrire les tâches de votre emploi que vous êtes *incapable* d'accomplir en raison de cette maladie ou blessure. Nous vous prions également d'indiquer les tâches de votre emploi que vous êtes *capable* d'effectuer.

2. À quelle date les premiers symptômes sont apparus? Date (jj-mm-aaaa)
— —

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure identique ou similaire? Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates.

4. Quelle est la date de votre première consultation d'un médecin pour cette maladie ou blessure?
Date (jj-mm-aaaa)
— —

5. Votre maladie ou blessure est-elle reliée à votre travail? Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

6. Le médecin vous a-t-il recommandé de modifier vos habitudes quotidiennes ou a-t-il formulé des restrictions quant au type de travail que vous pourriez effectuer? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez décrire le changement envisagé et donner la date à laquelle cette recommandation vous a été faite.

2 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

7. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, régime, recommandation du médecin, physiothérapie, etc.)?

8. Avez-vous un permis de conduire en règle? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser la classe.

Si des restrictions ont été inscrites sur votre permis de conduire en raison de votre maladie ou blessure, veuillez indiquer lesquelles.

9. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à *cette* maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Date des consultations (jj-mm-aaaa)
		- -
		- -
		- -
		- -

3 Antécédents médicaux

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

1. Nom et adresse de tous les médecins que vous avez consultés au cours des 5 dernières années pour toute autre maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	
Nature de la maladie	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)	
	- -	
Médecin	Adresse	
Nature de la maladie	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)	
	- -	

2. Nom et adresse de tous les hôpitaux où vous avez été soigné au cours des 5 dernières années, et toute intervention chirurgicale subie au cours de vos hospitalisations.

Hôpital	Adresse	
Nature de la maladie/de l'intervention chirurgicale	Dates de l'hospitalisation (dd-mm-yyyy)	
	- -	
Hôpital	Adresse	
Nature de la maladie/de l'intervention chirurgicale	Dates de l'hospitalisation (dd-mm-yyyy)	
	- -	

4 Autorisation de l'employé et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature X	Date (jj-mm-aaaa) - -
----------------	--------------------------

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant

1 Histoire de la maladie ou de la blessure

1. Date de la première visite du patient relative à cette maladie ou blessure.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

2. Date du dernier rendez-vous du patient.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

3. Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler? Non Oui

Dans l'affirmative, à partir de quelle date.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

4. Fréquence des visites du patient?

Hebdomadaires Toutes les deux semaines Mensuelles Autre Veuillez préciser :

5. La maladie ou la blessure du patient est-elle attribuable à un accident? Non Oui

Dans l'affirmative, fournissez des précisions et la date de l'accident.

6. Décrivez les symptômes pertinents, leur gravité, leur durée et leur incidence sur la maladie ou la blessure (et sur la capacité de travailler du patient).

7. Quand les premiers symptômes se sont-ils manifestés?

Date (jj-mm-aaaa)

— —

8. Le patient a-t-il déjà souffert de problèmes analogues ou connexes? Non Oui

Dans l'affirmative, indiquez les dates et fournissez une description.

9. L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie professionnelle?

Indéterminé Non Oui Dans l'affirmative veuillez préciser.

10. Cet état est-il relié directement ou indirectement à la grossesse? Non Oui

Dans l'affirmative, indiquez les dates de l'arrêt de travail.

Du

Date (jj-mm-aaaa)

— —

Au

Date (jj-mm-aaaa)

— —

11. Quelles sont les restrictions imposées au patient par son état ?

12. Le patient est-il :

sur pied? retenu à la maison? alité? hospitalisé?

2 Examen physique

Veillez décrire les constatations que vous avez pu faire relativement à la maladie ou la blessure.

3 Diagnostics

Quels sont les diagnostics qui ont permis de déterminer la nature de la maladie ou la blessure? Veuillez en donner la liste par ordre d'importance, et préciser leur impact sur le demandeur. S'il s'agit de troubles psychiatriques, veuillez utiliser la terminologie de la 4^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV).

4 Examens

Quels types d'analyses ou d'examens ont été effectués? Veuillez inclure des copies des résultats des radiographies, ECG, examens de laboratoire et de tous autres examens relatifs à la maladie ou la blessure.

5 Traitement

1. Le patient a-t-il été hospitalisé? Non Oui Dans l'affirmative, indiquez les dates.

Du

Date (jj-mm-aaaa)
— —

 Au

Date (jj-mm-aaaa)
— —

2. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Date (jj-mm-aaaa)	Type d'intervention chirurgicale
— —	
Date (jj-mm-aaaa)	Type d'intervention chirurgicale
— —	

3. Quels médicaments lui a-t-on prescrits? Veuillez indiquer le nom des médicaments, la posologie, ainsi que la date de tout changement apporté à la médication.

4. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez la fréquence des soins et la durée du traitement.

5. Le patient a-t-il suivi un traitement de physiothérapie ou de chiropractie? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez la fréquence des soins et la durée du traitement.

5 Traitement (suite)

6. Veuillez indiquer tout autre traitement administré.

7. Veuillez décrire les résultats de tous les traitements administrés à ce jour.

8. Dans quelle mesure le patient a-t-il suivi fidèlement le traitement prévu?

9. Nom et spécialité de tous les médecins et professionnels de la santé consultés et dates des rendez-vous chez chacun d'eux.

Nom	
Spécialité	Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) — —

Nom	
Spécialité	Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) — —

Nom	
Spécialité	Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) — —

Nom	
Spécialité	Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) — —

6 État cardiaque

(Si l'invalidité y est reliée.)

1. Capacité fonctionnelle (*American Heart Association*)? Si la capacité fonctionnelle est de catégorie 3 ou 4, veuillez joindre la copie des résultats d'une épreuve d'endurance à l'effort ou d'une échocardiographie.

- Catégorie 1 (sans restriction) Catégorie 2 (légère restriction)
 Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

2. Tension artérielle du patient lors de sa dernière visite?

--

7 Plan de retour au travail

1. Quel énoncé décrit le mieux l'évolution de l'état du patient depuis qu'il a cessé de travailler?
 Rétablissement complet Amélioration Sans changement Aggravation
2. Veuillez indiquer si les capacités fonctionnelles (physiques ou psychologiques) du patient sont restreintes de quelque façon que ce soit.

3. Dans combien de temps peut-on s'attendre à ce que le patient recouvre toutes ses capacités fonctionnelles?

1 à 3 mois 4 à 6 mois 7 à 9 mois plus de 9 mois

4. Avez-vous prévu un rendez-vous de réévaluation pour ce patient? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

5. Veuillez décrire tout autre facteur qui pourrait influencer sur la capacité de ce patient de retourner au travail.

6. D'après vous, le patient est-il motivé à retourner au travail?

Très motivé Motivé Peu motivé Pas motivé

8 Renseignements complémentaires

1. D'après vous, ce patient souffre-t-il de restrictions d'ordre physique ou mental qui pourraient l'empêcher de prendre en main ses responsabilités financières? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions sur toute restriction d'ordre physique ou mental.

2. Serait-il utile de communiquer d'autres renseignements au directeur médical de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie? Non Oui

9 Renseignements sur le médecin

Les renseignements que vous donnez à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie dans le cadre de ce dossier peuvent être divulgués au patient ou aux personnes à qui le patient autorise une telle divulgation, à moins que vous ne nous indiquiez par écrit qu'une telle divulgation pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient ou pourrait nuire à un tiers.

Nom de famille		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Spécialité	Numéro de téléphone — —		Numéro de télécopieur — —
Signature X			Date (jj-mm-aaaa) — —

Afin de préserver le caractère confidentiel de ce document, veuillez le faire parvenir au Bureau des règlements de la Financière Sun Life le plus proche :

Halifax :

Téléc. : 1-866-639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Montréal :

Téléc. : 1-866-639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Toronto :

Téléc. : 1-866-639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Téléc. : 1-866-639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6