



ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ

Évaluation initiale

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, Humania Assurance établira un dossier vous concernant dans lequel seront consignés tous les documents reliés à vos demandes de règlement d'invalidité. Seuls les employés et représentants autorisés responsables de la gestion de votre demande de règlement auront accès à ce dossier.

Directives à l'intention :

- A. du réclamant
1. Remplir et signer la partie intitulée « Déclaration du réclamant ».
 2. Voir à ce que le preneur remplisse et signe la partie intitulée « Déclaration du preneur ».
 3. Voir à ce que le médecin remplisse et signe la partie intitulée « Déclaration du médecin traitant – Condition psychologique » si la principale raison de votre absence du travail est d'ordre psychologique ou la partie « Déclaration du médecin traitant – Condition physique » pour tout autre état pathologique. Prendre soin de fournir au médecin une copie de la « Déclaration du réclamant » dûment remplie afin qu'il ait l'autorisation écrite de divulguer des renseignements à Humania Assurance.
 4. Veuillez noter que vous devrez assumer tous les frais exigés pour faire remplir la déclaration du médecin traitant.
 5. Soumettre les formulaires mentionnés plus haut à Humania Assurance en temps opportun, en prenant soin de les expédier tous ensemble afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement. Veuillez, s'il y a lieu, joindre le premier et/ou dernier talon de chèque de l'assurance emploi et votre relevé d'emploi.
- Dépôt direct
6. Si vous n'utilisez pas déjà le service de dépôt direct d'Humania Assurance, veuillez compléter l'autorisation qui se trouve à la fin de la présente page et la soumettre avec votre demande de règlement. Vos prestations seront directement déposées à votre compte bancaire, si votre demande est approuvée.
- B. du preneur
1. Remplir et signer la partie intitulée « Déclaration du preneur ».
 2. Soumettre les formulaires de demande de règlement d'invalidité en temps opportun. Dans le cas d'une demande d'invalidité de longue durée (sans invalidité de courte durée), les formulaires dûment remplis doivent être expédiés à Humania Assurance de la façon suivante :
 Selon que le délai de carence est de :
 - 15 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés à la 8^e semaine d'absence ;
 - 17 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés à la 11^e semaine d'absence ;
 - 26 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés à la 20^e semaine d'absence.
- C. du médecin
1. Remplir et signer la section « Déclaration du médecin traitant » appropriée à la teneur du diagnostic principal.

Dépôt direct – Autorisation

Demande initiale Demande de changement de compte bancaire Demande de cessation

I Déclaration de l'assuré(e) (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

| | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------|
| Police et sous-groupe n° | Certificat n° | Nom de l'assuré(e) | Prénom(s) |
| Téléphone n° (jour) | Adresse de résidence principale (n°, rue) | | App. |
| Ville | Province | | Code postal |
| Nom de l'institution financière | | Adresse de l'institution financière | |

II Type de compte bancaire (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

Chèques Épargne Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.

Succursale n° (5 chiffres) Institution n° (3 – 4 chiffres) Compte n° (tous les chiffres)

III Autorisation

J'autorise Humania Assurance Inc. à déposer dans le compte bancaire mentionné sur le présent document, mes règlements d'assurances. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer Humania Assurance de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par Humania Assurance ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.

| | | |
|---|------|--------------|
| Signature de l'assuré(e) | Date | (JJ/MM/AAAA) |
| Signature du propriétaire du compte (si différent de l'assuré(e)) | Date | (JJ/MM/AAAA) |

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 485-7236, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7236, autres régions au 1 800 818-7236. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

Partie A – Renseignements généraux

| | | | | | |
|--|----------|---|--|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle | | Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Police n° | Certificat n° |
| Nom | | Prénom(s) | | Numéro d'assurance sociale | |
| Adresse (n°, rue) | | | | | |
| Ville | Province | Code postal | N° de téléphone | Langue <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Ang. | |
| Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent) | | | Emploi (immédiatement avant le dernier jour travaillé) | Date d'entrée en fonction initiale (JJ/MM/AAAA) | |
| Autre employeur actuel | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquer le nom. | | | |
| Nature de la demande de règlement | | <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée (Veuillez joindre le relevé d'emploi, s'il y a lieu) <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes | | | |

Partie B – Renseignements sur la demande

Avez-vous arrêté de travailler en raison
 d'une maladie d'une blessure survenue hors travail d'un accident d'automobile hors travail d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. (S'il s'agit d'un accident d'automobile, veuillez soumettre un rapport de police ou d'accident, sauf pour les résidents du Québec).

Si vous avez subi une blessure, veuillez indiquer où, quand et comment cela s'est produit.

| | | |
|--|---|--|
| Dernier jour de travail | | (JJ/MM/AAAA) |
| Exerciez-vous <input type="checkbox"/> Votre emploi habituel <input type="checkbox"/> Un travail modifié | | |
| Avez-vous effectué une journée complète de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Dans la négative, pendant combien d'heures avez-vous travaillé le dernier jour ? |
| Premier jour où vous n'avez pas pu travailler (JJ/MM/AAAA) | Quand les symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA) | |
| Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet ? (JJ/MM/AAAA) | | |
| Veuillez décrire tous vos symptômes, y compris la gravité et la fréquence. | | |
| Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et les noms des médecins que vous avez consultés à ce moment. | | |
| Veuillez décrire les principales fonctions de votre emploi. | | |
| Veuillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches de votre emploi. | | |
| Veuillez indiquer si vous êtes <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher | | |
| Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail ? <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Non | | |

Déclaration du réclamant (suite)
Partie C – Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez énumérer tous les professionnels de la santé (dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc.) que vous avez consultés **au cours des 12 derniers mois**, en commençant par le dernier. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre un feuillet distinct au présent formulaire et y indiquer les noms des autres professionnels de la santé à qui vous vous êtes adressé.

| | | | | |
|-------------------|--|--------------------------|-----------------|------------|
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) | au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | | |
| N° de téléphone | | N° de télécopieur | | Spécialité |
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) | au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | | |
| N° de téléphone | | N° de télécopieur | | Spécialité |
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) | au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | | |
| N° de téléphone | | N° de télécopieur | | Spécialité |

Partie D – Renseignements sur les revenus d'autres provenances

Si vous avez demandé ou si vous touchez déjà un revenu de l'une des provenances suivantes, veuillez remplir la partie correspondante du tableau et nous faire parvenir une copie de l'avis d'acceptation ou de refus, le cas échéant.

| Provenance | N° de la demande, nom et n° de téléphone de la personne ressource | Avez-vous fait une demande ? | | Recevez-vous des prestations ? | | | Montant Mensuel |
|--|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | | Oui | Non | Oui | Non | À l'étude | |
| Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CSST | | <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"/> | |
| Régime de pensions du Canada – prestations d'invalidité | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de pensions du Canada – prestations de retraite | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de rentes du Québec, (RRQ) – prestations d'invalidité | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de rentes du Québec, (RRQ) – prestations de retraite | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance emploi | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance automobile – SAAQ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre assureur | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Partie E – Autorisation et déclaration du participant

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance, tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance Inc. à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance, pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

 Nom (en lettres d'imprimerie)

 Signature

 Police n°

 Date (JJ/MM/AAAA)

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 485-7236, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7236, autres régions au 1 800 818-7236. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du preneur

À remplir par l'employeur. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

Partie A – Renseignements sur le preneur

| | |
|--|---|
| Raison sociale (nom de l'employeur, du syndicat ou de l'association) | Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente) |
|--|---|

Adresse (n°, rue)

| | | | |
|-------|----------|-------------|-----------------|
| Ville | Province | Code postal | N° de téléphone |
|-------|----------|-------------|-----------------|

Partie B – Renseignements sur le réclamant

| | |
|-----|-----------|
| Nom | Prénom(s) |
|-----|-----------|

| | | | | | |
|-----------|-------------|--------------|-----------------|---------------|---|
| Police n° | Division n° | Catégorie n° | N° de téléphone | Certificat n° | Employé permanent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|-----------|-------------|--------------|-----------------|---------------|---|

Nature de la demande de règlement Invalidité de longue durée Invalidité de courte durée (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi s'il y a lieu) Exonération des primes

La protection était-elle en vigueur le premier jour d'absence ou le jour de l'événement ? Oui Non
Dans l'affirmative, à quelle date le réclamant est-il devenu assuré en vertu de la présente police ?

(JJ/MM/AAAA)

Dans la négative, veuillez préciser.

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Date d'entrée en fonction du réclamant (JJ/MM/AAAA) | Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) | Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) |
|---|--------------------------------------|---|

Si le réclamant est déjà rentré au travail, depuis quand est-il de retour ? (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Quelle était la principale raison de l'absence du réclamant ?

Maladie Blessure survenue hors du travail Accident d'automobile hors travail Maladie professionnelle ou accident de travail

Veuillez indiquer les heures de travail d'une semaine normale.

Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____

(Si le réclamant travaille selon un horaire irrégulier ou par quarts, fournir le calendrier correspondant.)

Quel est le salaire hebdomadaire brut habituel du réclamant avant invalidité ? _____ \$ Date du dernier changement ? (JJ/MM/AAAA)

Quel est le salaire annuel brut du réclamant pour l'année en cours ? _____ \$ Date du dernier changement ? (JJ/MM/AAAA)

S'agit-il d'un employé Salarié Horaire Sur appel

Le réclamant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'invalidité ? Oui Non

Dans l'affirmative, en préciser la provenance :

Congé annuel Congé de maternité Congé de maladie

Assurance emploi (Veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) Jour férié Autre _____

Montant _____ \$ Du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

Le réclamant a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants ?

CSAT, CAT ou CSST Assurance emploi (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) RPC RRQ

SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial IVAC

Déclaration du preneur (suite)

Partie C – Renseignements sur l'emploi

Quel poste le réclamant occupait-il de façon régulière immédiatement avant l'arrêt de travail ?

Est-ce que les fonctions du réclamant ont été modifiées ? Oui Non

Veuillez décrire ce poste (ou joindre un exemplaire de la description de poste de l'entreprise) ainsi que toutes modifications apportées.

Voici une analyse des exigences physiques du poste du réclamant qui doit être remplie par son supérieur immédiat. Dans la colonne appropriée, préciser le temps qu'il consacre régulièrement aux activités suivantes :

- I) au cours d'une même période de la journée, sans pause ou interruption (approximativement) et
II) au total pendant la journée (approximativement)

Analyse des exigences physiques

| | | I | II |
|--------------------------------------|---|---|----|
| 1. Rester assis | | | |
| 2. Se tenir debout | | | |
| 3. Conduire | | | |
| 4. Se pencher | | | |
| 5. Monter et descendre les escaliers | | | |
| 6. Soulever | 0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/> au moyen d'un appareil de levage ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Pousser ou tirer | 0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/> | | |

Veuillez décrire l'environnement de travail du réclamant (ex. : température, bruit, exposition aux produits chimiques ou à la poussière, etc.).

Le réclamant porte-t-il un ou des équipements de protection personnelle (ex. : lunettes de sécurité, chaussures de sécurité, protection respiratoire, protection auditive, etc.) ? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

Certaines circonstances vous amèneraient-elles à questionner la validité de la réclamation ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

Je certifie que les renseignements précédents sont exacts et complets.

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie)

N° de téléphone

Signataire autorisé

Fonction

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 485-7236, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7236, autres régions au 1 800 818-7236. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du médecin traitant – condition physique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Renseignements sur le patient

| | | |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Nom | Prénom(s) | |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Taille | Poids |

Partie B – Diagnostic

Quel est votre diagnostic principal ?

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

Selon l'anamnèse et votre examen clinique, est-ce que la condition relève d'un fait accidentel ? Oui Non Veuillez préciser :

Si le patient souffre d'une condition orthopédique et/ou musculo-squelettique, a-t-il subi une radiographie, une IRM ou tout autre test ? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie des résultats de la radiographie, de l'examen IRM ou de tout autre examen effectué.

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail ? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (choses qu'il **ne peut** pas faire) ? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (choses qu'il **ne devrait** pas faire) ? Veuillez être précis.

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation. (JJ/MM/AAAA)

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)
 Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire en détail l'affection en cause.

L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Déclaration du médecin traitant – condition physique (suite)

Partie B – Diagnostic (suite)

Veillez indiquer si le patient est Droitier Gaucher

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ? Oui Non

Si votre patiente est ou était enceinte, veuillez indiquer la date prévue ou réelle de l'accouchement.

(JJ/MM/AA)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Veillez décrire les traitements passés et actuels suivis par votre patient (ex. : date et nature de la chirurgie) et sa réaction aux dits traitements.

Le patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance.

| Médicament | Posologie | Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA) |
|------------|-----------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Si ce patient vous a été adressé, veuillez indiquer le nom de votre confrère.

Si vous avez adressé le patient à des spécialistes, veuillez indiquer les noms de ces spécialistes ainsi que leur spécialité respective.

Avez-vous traité le patient ci-haut mentionné ou vous a-t-il consulté au cours des **5 années précédant** la dernière maladie ? Oui Non

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, le patient a-t-il été traité par d'autres professionnels de la santé ou dans un hôpital ou autre institution ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :

| Nom | Adresse | Nature de la maladie ou lésion | Dates (JJ/MM/AAAA) |
|-------|---------|--------------------------------|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Signature Date (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie) Spécialité N° de permis

Adresse (n°, rue)

N° de téléphone N° de télécopieur

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : région de Montréal au 514 485-7236, région de Saint-Hyacinthe au 450 773-7236, autres régions au 1 800 818-7236. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Renseignements sur le patient

| | | |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Nom | Prénom(s) | |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Taille | Poids |

Partie B – Diagnostic

Veuillez utiliser la nomenclature et les codes du DSM – IV avec l'évaluation multi-axiale

| |
|-----|
| I |
| II |
| III |
| IV |
| V |

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

À quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez indiquer la raison de la consultation initiale du patient. Y a-t-il eu un événement déclencheur ?

L'état de votre patient est-il directement ou indirectement imputable à son emploi ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (choses qu'il **ne peut** pas faire) ? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (choses qu'il **ne devrait** pas faire) ? Veuillez être précis.

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ? Oui Non

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation. (JJ/MM/AAAA)

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Veillez décrire les traitements passés et actuels (incluant la psychothérapie) suivis par votre patient, sa réaction aux dits traitements et son observation des recommandations.

Votre patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de d'ordonnance.

| Médicament | Posologie | Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA) |
|------------|-----------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Avez-vous traité le patient ci-haut mentionné ou vous a-t-il consulté au cours des **5 années précédant** la dernière maladie ? Oui Non

À votre connaissance, au cours des **5 dernières années**, le patient a-t-il été traité par d'autres professionnels de la santé ou dans un hôpital ou autre institution ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :

| Nom | Adresse | Nature de la maladie ou lésion | Dates (JJ/MM/AAAA) |
|-----|---------|--------------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |

Partie D – Évaluation des capacités fonctionnelles

Veillez nous donner votre opinion quant à la capacité du patient à effectuer les activités suivantes de façon soutenue durant une journée de travail normale.

Nil : aucune restriction.

Légère : légère restriction qui n'affecte pas la capacité fonctionnelle.

Modérée : restriction qui affecte le patient mais qui n'entrave pas la capacité fonctionnelle.

Modérément grave : restriction qui affecte la capacité fonctionnelle de façon importante.

Grave : restriction totale quant à la capacité fonctionnelle.

| | Nil | Légère | Modérée | Modérément grave | Grave |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Maintenir des relations avec la famille et les amis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Voir à ses besoins personnels (hygiène, repas, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Effectuer ses tâches ménagères | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Maintenir des relations avec ses collègues de travail et son superviseur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Effectuer des tâches qui exigent peu de rapports avec autrui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Comprendre, suivre et garder en mémoire des directives reçues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales ou des tâches répétitives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Effectuer des tâches variées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Suivre un horaire établi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Prendre des décisions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Effectuer des tâches qui exigent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Superviser ou gérer autrui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie) _____ Spécialité _____ N° de permis _____

Adresse (n° rue) _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Afin d'éviter tous délais dans le traitement de votre demande, veuillez compléter et signer toutes les autorisations ci-dessous, et ce, même si vous avez rempli celle qui se trouve à la page 3 du présent document.



Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Signature |
| _____ | _____ |
| Police No. | Date (JJ/MM/AAAA) |

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2017



Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Signature |
| _____ | _____ |
| Police No. | Date (JJ/MM/AAAA) |

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2017



Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Signature |
| _____ | _____ |
| Police No. | Date (JJ/MM/AAAA) |

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2017

HUMANIA ASSURANCE INC.

1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Région de Montréal : 514 485-7236

Région de Saint-Hyacinthe : 450 773-7236

Autres régions : 1 800 818-7236

Site Internet : www.humania.ca