



11106

Demande initiale

**La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.**

Édifice Le Delta 3, 2875, boul. Laurier, bureau 400  
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur: 418 643-7323  
prest.inv@lacapitale.com

N° DE GROUPE		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"/>
<b>RÉGIME</b>						
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 (remplir en lettres majuscules)**

**1** Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

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

**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'identification de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**9** Salaire mensuel au début de l'invalidité : Brut : \_\_\_\_\_ \$  
 FÉDÉRAL PROVINCIAL

**10** Exemptions fiscales personnelles : \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$

**11** Temps plein  Temps partiel  : % du temps partiel travaillé \_\_\_\_\_ Sur appel  Autre  (précisez) : \_\_\_\_\_

**12** Indiquez les jours de travail d'une semaine normale : L  M  M  J  V  S  D  Horaire : de \_\_\_\_\_ heure à \_\_\_\_\_ heure

**13** Nombre d'heures travaillées dans une semaine régulière : \_\_\_\_\_

**14** Dernier jour de travail : Année Mois Jour **15** Nombre d'heures travaillées au cours de cette journée : \_\_\_\_\_

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

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

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

**19** 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

**20** 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  → date : Année Mois Jour  
 un congé sans solde? non  oui  → du Année Mois Jour au Année Mois Jour  
 autre : précisez : \_\_\_\_\_ du Année Mois Jour au Année Mois Jour

**21** 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.)	_____	_____	_____

**22** 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 : \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
 Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
 Date

**Section à remplir par la personne assurée**

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

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'identification : \_\_\_\_\_  
 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 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 \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_  
 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'identification : \_\_\_\_\_  
 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 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 : \_\_\_\_\_  
 1.6 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 : \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_ Année Mois Jour  
 3.6 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