



11106

# Demande de prolongation d'assurance invalidité courte et longue durée

**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

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par quelqu'un en son nom si elle est incapable de le remplir elle-même. La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. La compagnie n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

		N° DE GROUPE	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
<b>Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)</b>		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 NOM DE L'EMPLOYEUR:		12 PROFESSION/OCCUPATION:		
13 Début de l'invalidité: Année Mois Jour		15 Êtes-vous encore totalement invalide? <input type="checkbox"/> Non - date de fin d'invalidité: Année Mois Jour <input type="checkbox"/> Oui - sans interruption depuis le: Année Mois Jour		
14 Dernier jour de travail: Année Mois Jour				
16 Avez-vous travaillé à temps partiel depuis le début de votre invalidité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Combien de jours ou d'heures/semaine? _____		17 a) Retour au travail à temps complet: Année Mois Jour b) Retour progressif au travail: Année Mois Jour		
18 Depuis le dernier rapport, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi des examens? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , veuillez fournir les renseignements ci-dessous. Hôpitaux, médecins consultés durant votre invalidité actuelle: Nom et adresse des hôpitaux ou médecins Date Traitements/opérations				
19 Quels médicaments prenez-vous actuellement? _____				
20 Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public, à une compagnie d'assurance ou aux deux? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , à quel organisme? _____ Date de votre demande: Année Mois Jour <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude Autre: Nom de la compagnie d'assurance Numéro de dossier <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude				
21 Veuillez fournir tout autre renseignement ayant trait à cette demande qui n'aurait pas été donné aux réponses précédentes: _____ _____ _____				
22 Je déclare que les réponses sont complètes et véridiques _____ Signature de la personne assurée Année Mois Jour Date				

**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

**Déclaration de l'employeur (remplir en lettres majuscules)**

**1** Nom et adresse de l'employeur: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*(Veuillez passer à la question suivante si aucun changement n'est survenu depuis la dernière déclaration)*

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

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) - \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

**3** Nom de l'employé(e): \_\_\_\_\_ **4** Prénom de l'employé(e): \_\_\_\_\_

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

**6** Cette personne est-elle toujours à votre emploi ? Oui  Non

Sinon, s'agit-il :

d'un congédiement ? Non  Oui  → Date: \_\_\_\_\_

d'une mise à pied ? Non  Oui  → Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Date de l'avis: \_\_\_\_\_

d'une abolition de poste ? Non  Oui  → Date: \_\_\_\_\_

d'un congé sans solde ? Non  Oui  → Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

autre (précisez): \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**7** Cette personne est-elle retournée au travail ? Oui  Non

**Date**

**Occupation**

Si oui, veuillez indiquer la date et l'occupation: \_\_\_\_\_

**8** Depuis votre dernière déclaration, avez-vous versé des sommes à cette personne ? Non  Oui

**Nature**

**Période**

**Montant**

Si oui, précisez la nature, la période et le montant (ex.: vacances, congés de maladie, assurance emploi, etc.): \_\_\_\_\_

**9** Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître ? Non  Oui

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**10** 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.

1 Nom: \_\_\_\_\_ 2 Prénom: \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat: \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'identification: \_\_\_\_\_  
 5 Date de naissance: \_\_\_\_\_

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

### 1. Diagnostic

1.1 Principal: \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire: \_\_\_\_\_  
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens):  
 \_\_\_\_\_  
 Poids: \_\_\_\_\_ lb  kg  Taille: \_\_\_\_\_ pi/po  \_\_\_\_\_ m/cm  Tension artérielle la plus récente: \_\_\_\_\_  
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie: \_\_\_\_\_  
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence): \_\_\_\_\_  
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention): \_\_\_\_\_  
 2.4 Hospitalisation: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
 2.5 Consultation d'un spécialiste: Non  Oui  → **Annexez la copie**

### 3. Suivi médical et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation: \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Prochaine consultation: \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
 3.2 Tests et examens à venir (précisez): \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi: \_\_\_\_\_  
 3.4 Orientation vers un spécialiste: Non  Oui  Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste: \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Spécialité: \_\_\_\_\_  
 3.6 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 \_\_\_\_\_  
 3.7 Évolution: Progressive  Stable  Régressive   
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
 \_\_\_\_\_  
 3.9 Collaboration du patient à son traitement: Excellente  Moyenne  Médiocre   
 3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui   
 3.11 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
 3.12 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 \_\_\_\_\_

**NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

## Section à remplir par la personne assurée

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

<b>1</b> Nom : _____	<b>2</b> Prénom : _____
<b>3</b> N° de contrat : _____	<b>4</b> Numéro d'identification : _____ <small>Année      Mois      Jour</small>
<b>5</b> Date de naissance : _____ <small>Année      Mois      Jour</small>	

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

### 1. Diagnostic

1.1 Principal : \_\_\_\_\_

1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_

1.3 Veuillez décrire les symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux : L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_

2.2 **Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand **Votre patient est-il suivi :** Précisez :

psychiatre ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
psychologue ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
travailleur social ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

AXE III) Maladie associée : - diagnostic : \_\_\_\_\_

- médicaments prescrits : \_\_\_\_\_

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues, problèmes de jeu ou les deux	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite

- au début du traitement : \_\_\_\_\_ - actuellement : \_\_\_\_\_

### 3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour

3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_

3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente  Moyenne  Médiocre

3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
 \_\_\_\_\_

3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? Non  Oui

3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? Non  Oui

3.8 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour

3.9 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

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**