



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Section membre du régime ou employé (Veuillez remplir cette section au complet et indiquer la date et votre signature. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier.)

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)		N° de téléphone		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville		Province	Code postal
N° de contrat		N° de certificat		N° de réclamation (si connu)	
Cause de l'invalidité		Date de l'invalidité (jj/mm/aaaa)		Si vous avez repris le travail, veuillez en indiquer la date ou la date prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa)	
Cette demande découle-t-elle d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si la réponse est « oui », veuillez indiquer la date (jj/mm/aaaa) et l'heure (sur 24 h)		
Veuillez indiquer tous les détails sur l'accident (en précisant comment et où l'accident a eu lieu et toute blessure subie)			Lieu de l'accident : <input type="checkbox"/> Au travail _____ <input type="checkbox"/> Au domicile _____ <input type="checkbox"/> Ailleurs _____		
Si l'accident est lié au travail, une demande de réclamation a-t-elle été présentée auprès de la commission des accidents du travail provinciale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si la réponse est « oui », veuillez indiquer le numéro de la demande de réclamation. _____			Cette demande de réclamation a-t-elle été approuvée par la commission des accidents du travail provinciale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Recevez-vous ou êtes-vous admissible à recevoir des prestations de toute autre source, comme une autre assurance, des prestations de remplacement de revenu d'un assureur automobile, un régime de retraite, l'assurance-emploi, d'autres prestations du gouvernement ou un autre revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Date de l'accident (jj/mm/aaaa) _____					
Nom de l'agence ou de la compagnie d'assurance automobile _____ N° de la demande de réclamation _____					
Nom de la personne-ressource _____ N° de téléphone _____					
Si vous souhaitez que l'Équitable ^{MD} communique avec vous par courrier électronique en plus des échanges téléphoniques et des communications par courrier ordinaire, et ce, dans le but de vous fournir tous les renseignements et les documents qui concernent votre demande de réclamation, veuillez indiquer votre adresse courriel et signer l'énoncé de consentement ci-dessous et indiquer la date. Il n'y a aucune obligation de votre part à nous fournir votre consentement. Nous pouvons continuer de communiquer avec vous par téléphone et par courrier ordinaire.					
Je consens à ce que l'Équitable utilise le courrier électronique pour communiquer avec moi et pour me fournir tous les renseignements et les documents qui concernent ma demande de réclamation.					
Adresse courriel : _____					
Signature : _____ Date : _____					
REMARQUE : l'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient.					
AUTORISATION ET ATTESTATION : Je déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets. Aux fins de la tarification, de l'administration, ainsi que du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective, et à tout autre document complémentaire, j'autorise l'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (« Équitable »), ses employés, ses représentants ainsi que toute autre personne ou partie contractante à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation. Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tous les médecins, les praticiens, les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les cliniques ou tout autre établissement médical, les pharmaciens, les compagnies d'assurance, les employeurs (actuels ou antérieurs), la commission des accidents du travail provinciale, les régimes de paiement des prestations ou de soins médicaux, les fournisseurs de service et toute autre institution, les personnes ou les parties ayant des dossiers ou des renseignements sur ma santé pertinents à la présente demande de réclamation, à fournir à l'Équitable de tels renseignements, y compris les antécédents médicaux pertinents à la présente demande de réclamation et aux prestations. Je transfère et cède à l'Équitable, et j'accepte de payer et de rembourser à l'Équitable, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui est recevable de toute autre source, notamment, le Régime de pension du Canada, la commission des accidents du travail provinciale et tout autre contrat d'assurance. Une photocopie ou une version électronique de cette attestation a la même valeur que le document original.					
Date (jj/mm/aaaa)		Signature :			



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

1. Section employeur ou administrateur de régime (Le formulaire doit être rempli dans les 7 jours suivant le début de l'invalidité. Il ne faut pas attendre le retour au travail du membre de régime. Une description des tâches est requise et peut être fournie de la façon suivante : Le formulaire Description des tâches – Employeur (n° 197FR) de l'Équitable ou la description de l'emploi de l'employeur ou l'analyse des exigences physiques. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier.)

Nom de la ou du membre de régime (prénom, second prénom, nom de famille)		N° de contrat d'assurance collective	N° de certificat et d'assurance sociale de la ou du membre (requis pour les prestations imposables)
Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Emploi	Date d'entrée en vigueur de l'assurance (jj/mm/aaaa)	Si départ ou mise à pied, veuillez indiquer la date (jj/mm/aaaa)
Date du dernier jour de travail <input type="checkbox"/> Tâches habituelles Date (jj/mm/aaaa) _____		<input type="checkbox"/> Temps partiel ou tâches modifiées Date (jj/mm/aaaa) _____	
Date du retour au travail <input type="checkbox"/> Tâches habituelles Date (jj/mm/aaaa) _____		<input type="checkbox"/> Temps partiel ou tâches modifiées Date (jj/mm/aaaa) _____	
Pour les tiers administrateurs ou les groupes autogérés, veuillez indiquer le montant de la couverture d'assurance invalidité de courte durée : _____ \$			
Revenu brut habituel hebdomadaire (avant l'invalidité) _____ \$	Déductions – section à remplir si votre régime est non imposable (p. ex. si la ou le membre paie 100 % des primes)		
L'invalidité est-elle causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Impôt sur le revenu _____ \$	RRQ / RPC _____ \$	AE _____ \$
	Régime de retraite _____ \$	Revenu net _____ \$	
L'invalidité a-t-elle été déclarée à la commission des accidents du travail provinciale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		La ou le membre de régime reçoit-il toute forme de salaire ou des prestations pendant son invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse est « oui », veuillez fournir des précisions ou des commentaires dans la section Commentaires ci-dessous.	
Commentaires : veuillez indiquer tout autre renseignement pertinent à la présente demande de réclamation.			
Nom de l'employeur		N° de téléphone	N° de télécopieur
Adresse (numéro, rue et n° de bureau)			
Ville		Province	Code postal
Date (jj/mm/aaaa)	Nom et titre de l'administratrice ou l'administrateur de régime		Signature de l'administrateur de régime
Courriel de l'administratrice ou de l'administrateur de régime _____			



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

2. Description des tâches de l'employé par l'employeur (Cette section n'est pas requise si vous joignez une description des tâches détaillée comprenant les demandes physiques et cognitives, l'environnement et l'horaire de travail de cette employée ou cet employé.)

Veillez fournir une description détaillée expliquant en quoi consiste le travail, y compris le travail par quarts, le travail de fin de semaine, les responsabilités de supervision et si le travail est tributaire d'autres personnes ou, à l'inverse, si le travail d'autres personnes est tributaire de cette employée ou de cet employé. Des tâches modifiées ou un horaire de travail modifié sont-ils possibles?

Oui Non Commentaires :

Si vous avez une description du poste ou une analyse des exigences physiques s'y rattachant, veuillez soumettre une copie avec le formulaire rempli. Veuillez énumérer tous les types de machines, d'outils, d'équipement de bureau et autres outillages spécialisés utilisés par cette employée ou cet employé dans le cadre de son emploi.

Veillez décrire les tâches essentielles de ce poste.

Veillez décrire le milieu de travail quant à la présence d'irritants respiratoires, de bruit, d'humidité, de chaleur, de froid, de dangers, etc.

ACTIVITÉS PHYSIQUES NÉCESSAIRES

NOMBRE D'HEURES TOTALES PAR JOUR

Veillez marquer d'un « X » les activités physiques NÉCESSAIRES pour ce travail dans les espaces applicables ci-dessous.

	Moins d'une heure	1 à 2 heures	3 à 4 heures	5 à 6 heures	7 à 8 heures
SOULEVER					
Moins de 4,5 kg (10 lb)					
De 4,5 à 9,1 kg (10 à 20 lb)					
De 9,1 à 22,7 kg (20 à 50 lb)					
Plus de 22,7 kg (50 lb)					
PORTER					
Moins de 4,5 kg (10 lb)					
De 4,5 à 9,1 kg (10 à 20 lb)					
De 9,1 à 22,7 kg (20 à 50 lb)					
Plus de 22,7 kg (50 lb)					
TENDRE LES BRAS					
Au-dessus des épaules					
Au niveau des épaules					
Au-dessous des épaules					
GRIMPER					

Lors d'une journée normale de travail, pendant combien de temps une employée ou un employé maintiendrait-il les positions suivantes en effectuant son emploi habituel?

Rester assis _____ heures Pousser ou tirer _____ heures Rester debout _____ heures
Saisir _____ heures Marcher _____ heures Pincer _____ heures



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

2. Description des tâches de l'employé par l'employeur (Cette section n'est pas requise SI vous joignez une description des tâches détaillée comprenant les demandes physiques et cognitives, l'environnement et l'horaire de travail de cette employée ou cet employé.)

EXIGENCES COGNITIVES

Veuillez cocher « Oui » ou « Non » dans les espaces applicables ci-dessous.

Compréhension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Traitement de l'information	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Perception visuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Attention	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

EXIGENCES DE CONDUITE

Cette employée ou cet employé doit-il conduire pendant son travail?

Veuillez décrire le temps passé à conduire, le type de véhicule et le permis requis.

Veuillez téléverser le formulaire dûment rempli et signé sur le site equitablesante.ca en utilisant notre outil d'envoi de documents en ligne sécurisé situé sous la rubrique Liens rapides. Il est aussi possible de nous le faire parvenir par télécopieur au 1 888 505-4373 ou par la poste à l'adresse suivante :

Équitable
Service des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Remarque : L'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Afin de nous permettre d'effectuer une évaluation du dossier de votre patiente ou de votre patient, veuillez fournir des réponses complètes à toutes les questions. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier. Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont la responsabilité de la patiente ou du patient.

1. La partie 1 doit être remplie par la patiente ou le patient.
2. La partie 2 doit être remplie par la médecin traitante ou le médecin traitant.

1. Renseignements sur le membre de régime ou employé et consentement (Cette section doit être remplie par le patient.)			
Nom de l'employée ou de l'employé ou de la ou membre de régime (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)			
N° de téléphone (avec indicatif régional)		N° de cellulaire (avec indicatif régional)	
Adresse (numéro, rue et n° d'appartement)		Ville	Province Code postal
Nom de l'employeur		N° de contrat	N° de certificat de la ou du membre
Taille	Poids	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)		Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa)	
AUTORISATION ET ATTESTATION :			
<p>Je déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets. Aux fins de la tarification, de l'administration, ainsi que du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective, et à tout autre document complémentaire, j'autorise l'Équitable, ses employés, ses représentants ainsi que toute autre personne ou partie contractante à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation. Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tous les médecins, les praticiens, les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les cliniques ou tout autre établissement médical, les pharmaciens, les compagnies d'assurance, les employeurs (actuels ou antérieurs), la commission des accidents du travail provinciale, les régimes de paiement des prestations ou de soins médicaux, les fournisseurs de service et toute autre institution, les personnes ou les parties ayant des dossiers ou des renseignements sur ma santé pertinents à la présente demande de réclamation, à fournir à l'Équitable de tels renseignements, y compris les antécédents médicaux pertinents à la présente demande de réclamation et aux prestations. Je transfère et cède à l'Équitable, et j'accepte de payer et de rembourser à l'Équitable, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui est recevable de toute autre source, notamment, le Régime de pension du Canada, la commission des accidents du travail provinciale et tout autre contrat d'assurance. Une photocopie ou une version électronique de cette attestation a la même valeur que le document original.</p>			
Date (jj/mm/aaaa)		Signature :	

2. Section du médecin traitant (Cette section doit être remplie par la ou le médecin.)			
Diagnostic primaire :			
Diagnostic secondaire ou complications :			
S'il s'agit d'un accouchement - date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) :		<input type="checkbox"/> Voie vaginale	<input type="checkbox"/> Césarienne
Maladie professionnelle ou accident de travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Accident de la route <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si la réponse est « oui », veuillez préciser la date (jj/mm/aaaa) :		Si la réponse est « oui », veuillez préciser la date (jj/mm/aaaa) :	



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Section du médecin traitant – suite (Cette section doit être remplie par la ou le médecin.)

Date de votre première consultation avec la patiente ou le patient relativement à cette affection (jj/mm/aaaa) :

Date du premier jour d'absence au travail en raison de l'affection (jj/mm/aaaa) :

Hospitalisation Une hospitalisation ou une chirurgie ambulatoire était-elle nécessaire?

Date d'admission (jj/mm/aaaa)

Date de sortie (jj/mm/aaaa)

Nom de l'établissement

Si la patiente ou le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description. Date (jj/mm/aaaa)
Description :

Traitement (physiothérapie, autre) :

	Médicaments	Médicaments	Médicaments	Médicaments	Médicaments	Médicaments
Date du début (jj/mm/aaaa)						
Posologie initiale						
Réponse initiale						
Date du dernier changement de posologie (jj/mm/aaaa)						
Posologie actuelle						
Réponse						
Effets secondaires						
Respect						
Date à laquelle le médicament a été cessé (jj/mm/aaaa)						

Veuillez indiquer la capacité fonctionnelle de votre patiente ou votre patient ci-dessous pour chacune des questions en cochant « R » pour restriction (ce que votre patient ne devrait pas faire) ou « L » pour limitations (ce que votre patient n'est pas en mesure de faire).

Soulever

Moins de 5 kg (11 lb) R L

de 5 à 10 kg (11 à 22 lb) R L

de 10 à 20 kg (22 à 44 lb) R L

Plus de 20 kg (44 lb) R L

Porter

Moins de 5 kg (11 lb) R L

de 5 à 10 kg (11 à 22 lb) R L

de 10 à 20 kg (22 à 44 lb) R L

Plus de 20 kg (44 lb) R L

Tendre les bras

Au-dessus des épaules R L

Au niveau des épaules R L

Au-dessous des épaules R L

Rester assis heures

Soulever au-dessus de la tête heures

Rester debout heures

Pousser/tirer heures

Marcher heures

Saisir heures

Pincer heures

Saisir au clavier heures

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement et le calendrier :



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Section du médecin traitant (suite)

La patiente ou le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Oui Non

Si la réponse est « oui », veuillez indiquer la date : (jj/mm/aaaa)

Fournisseur du traitement :

Veuillez décrire les symptômes (antécédents, gravité, fréquence, etc.) :

Fréquence des consultations : hebdomadaire mensuelle autre

Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats des tests ou des investigations
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patiente ou patient a consulté ou consultera une ou un spécialiste relativement à l'affection.

Nom de la ou du spécialiste

Spécialité

Date de la consultation

Veuillez indiquer les restrictions de votre patiente ou votre patient (ce que votre patient ne devrait pas faire) et ses limitations (ce que votre patient n'est pas en mesure de faire)

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patiente ou patient ou sur la période de convalescence prévue.

La patiente ou le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Capacité

Croyez-vous que votre patiente ou votre patient a la capacité d'encaisser des chèques et d'en utiliser l'argent? Oui Non



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

7. Avis au médecin

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier d'assurance vie, d'assurance maladie ou d'assurance invalidité de l'assureur ou de l'administratrice ou l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès la patiente ou le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

Médecin traitante ou traitant (en lettres moulées s.v.p.)

Spécialiste agréée ou agréé

Adresse (rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (avec indicatif régional)

Tampon de la ou du médecin

N° de télécopieur (avec indicatif régional)

Signature

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Veillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers. Les formulaires dûment remplis peuvent être envoyés par télécopieur au **1 888 505-4373** OU par la poste à l'adresse suivante (**veuillez ne pas utiliser d'agrafes**) :

Équitable
Service des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Remarque : L'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.