EFFACER

Demande de règlement d'assurance invalidité

1. Demande de règlement d'assurance invalidité

Dans quelles situations faut-il faire une demande de règlement d'assurance invalidité?

- Si vous détenez l'une des assurances invalidité suivantes : Assurance crédit Prêt personnel CIBC; Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC; Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC ou Assurance Protection-paiement CIBC^MC - Carte de crédit CIBC; et
- Vous avez été atteint d'une invalidité au sens défini dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez terminé la période d'attente obligatoire suivant la date de votre invalidité au sens défini dans votre certificat d'assurance et vous n'avez pas repris le travail avant le prochain versement régulier suivant la période d'attente.

Quels sont les renseignements nécessaires pour faire une demande de règlement d'assurance invalidité ou hospitalisation?

- Les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement : **Déclaration du demandeur, Déclaration de l'employeur** et **Déclaration du médecin traitant**.

Comment trouver le numéro de compte?

- Ouvrez une session sur Services bancaires CIBC en direct ou Services bancaires mobiles CIBC et allez à « Mes comptes »;
- Consultez vos relevés de compte;
- Communiquez avec votre conseiller en centre bancaire.

Remarque : Pour les marges de crédit personnelles, indiquez le numéro de transit à 5 chiffres et le numéro de compte à 7 chiffres.

Où faut-il soumettre les formulaires de demande de règlement?

- Courriel : Communiquez avec la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé.
- Adresse de courriel : Service à la clientèle, assurance crédit / CIBC Creditor Customer Service, 81 Bay Street, Toronto (Ontario) M5J 0E7.
- Numérique (pour les cartes de crédit seulement) : Soumettez une demande de règlement numérique sur le site web creditorselfserve.canadalife.com/fr

Remarque : Tout renseignement manquant peut retarder le traitement de votre demande de règlement.

2. Que se passe-t-il après la soumission d'une demande de règlement?

- Vous demeurez responsable des versements sur votre Prêt personnel, votre marge de crédit personnelle, votre prêt hypothécaire et votre carte de crédit, et des primes d'assurance jusqu'à l'approbation de la demande de règlement. Tout versement admissible après la période d'attente applicable sera remboursé;
- Vous serez informé si d'autres renseignements sont requis pour traiter votre demande de règlement;
- À l'approbation de votre demande de règlement, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« l'assureur ») versera vos prestations à la Banque CIBC aussi longtemps que vous y demeurerez admissible. Vous recevrez un avis indiquant le(s) versement(s) effectué(s) en votre nom et la date jusqu'à laquelle les prestations pourraient se poursuivre;
- Si votre demande de règlement est refusée, l'assureur vous en informera par écrit.

Avez-vous besoin de plus amples renseignements?

- Pour en savoir plus sur les modalités, les conditions, les restrictions, les exclusions et les autres dispositions de votre couverture, consultez votre certificat d'assurance.
- **Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020.**

3. La protection de vos renseignements personnels est importante — une note de l'assureur

- L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC et l'Assurance Protection-paiement CIBC^MC - Carte de crédit CIBC sont établies par **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (« la Canada Vie »). Tous les régimes d'assurance sont administrés par la Banque CIBC et la Canada Vie, et ils sont assujettis à des modalités, conditions d'admissibilité, restrictions et exclusions décrites dans le certificat d'assurance qui vous a été remis au moment de la souscription. Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au www.canadavie.com ou au 1 800 387-4495.
- Lorsque vous avez demandé une couverture pour votre prêt personnel, votre marge de crédit personnelle, votre prêt hypothécaire ou votre carte de crédit, vous avez donné à l'assureur des renseignements sur vous-même, que l'assureur a ajoutés à son dossier vous concernant. L'objet de ce dossier strictement confidentiel est de permettre à l'assureur et à ses réassureurs de mener toutes les activités d'assurance nécessaires, dont l'établissement de justes primes, la réception des paiements, l'évaluation et le paiement des demandes de règlement, et de vous tenir informé de l'état de votre couverture. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr qu'il a autorisé.
- Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être situées à l'extérieur du Canada et vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces territoires étrangers. Si vous désirez connaître ou corriger les renseignements personnels contenus dans votre dossier de demande de règlement, veuillez appeler à la ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Le logo CIBC est une marque de commerce de la Banque CIBC.

- **Protéger vos renseignements personnels.** À la Canada Vie (dans la présente section, « nous » ou « notre »), nous nous engageons à protéger et à respecter vos renseignements personnels. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment le nom et l'adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.
- **Comment nous utilisons vos renseignements personnels.** Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités commerciales. Il s'agit notamment de vérifier votre identité, de tenir votre profil à jour et de vous informer sur les caractéristiques des produits que vous avez déjà souscrits auprès de nous. Ils servent également à vous conseiller, à évaluer votre admissibilité aux produits, à fixer le prix de nos produits, à recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, à traiter les demandes de règlement et d'autres opérations financières, à vous protéger et nous protéger contre les risques comme les cybermenaces et la fraude, et à nous conformer à des obligations juridiques.
- **Comment nous utilisons et communiquons les renseignements personnels.** Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir des services. Il peut s'agir de nos filiales canadiennes et d'autres organismes qui nous fournissent des services tels que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de technologie, d'autres sociétés d'assurance ou de réassurance et votre institution financière. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada. En cas de changement d'assureur, vos renseignements personnels seront communiqués à votre nouvel assureur. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendrons jamais ces renseignements à qui que ce soit.
- **Vous contrôlez vos renseignements personnels.** Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous les suivons lorsque nous utilisons ces renseignements. À tout moment au cours de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en présentant une demande par l'intermédiaire de notre centre de protection des renseignements personnels au canadavie.com/confidentialite. Cela comprend la façon dont vous souhaitez recevoir de l'information de la part de Canada Vie au moyen des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits relatifs à la protection des renseignements personnels par l'intermédiaire de notre centre de protection des renseignements personnels, comme l'accès à vos renseignements personnels ou la correction de ceux-ci.
- Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.
- Vous souhaitez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.

4. Déclaration du demandeur

Langue de correspondance préférée ◯ Anglais ◯ Français

S'agit-il uniquement d'une demande de règlement pour carte de crédit? ◯ Oui ◯ Non Si oui, passez à la section Renseignements sur le demandeur

Renseignements sur le(s) produit(s) de prêt

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt (prêt personnel, marge de crédit personnelle, prêt hypothécaire). *(Indiquez les produits de prêt supplémentaires en pièce jointe s'il y en a plus de quatre.)*

Produit de prêt 1 | Numéro de compte | Produit de prêt 2 | Numéro de compte

Produit de prêt 3 | Numéro de compte | Produit de prêt 4 | Numéro de compte

Renseignements sur le centre bancaire (*facultatifs*)

Nom du responsable en centre bancaire | Nº de transit

Adresse | Numéro de téléphone du centre bancaire | Poste

Renseignements sur le demandeur

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Adresse postale *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal

Numéro de téléphone | Numéro de téléphone cellulaire (*facultatif*) | Adresse courriel (*facultative*)

Date de naissance (jour mois année) | Sexe | Profession à la date de l'invalidité

Courte description du poste

Travailleur autonome ◯ Oui ◯ Non | Type d'emploi (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire) | Dans le cas d'un emploi saisonnier, mois de travail habituels De : À :

Nom de l'employeur au moment de l'invalidité

Adresse *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal | Adresse courriel (*facultative*)

Numéro de téléphone | Poste | Date de début de l'emploi (jour mois année) | Dernière journée travaillée (jour mois année) | Date ou date prévue du retour au travail (jour mois année)

4. Déclaration du demandeur (suite)

Recevez-vous actuellement ou deviendrez-vous admissible à recevoir des prestations de l'une ou l'autre des sources suivantes en raison de votre invalidité? *(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)*

☐ Commission des accidents du travail ☐ Assurance-emploi ☐ Régime de pensions du Canada ☐ Régime de rentes du Québec

☐ Autre couverture d'assurance collective *Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police* _____

☐ Couverture d'assurance individuelle *Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police* _____

Indiquez le nom de l'employeur pour lequel vous travailliez avant de prendre votre assurance ainsi que le nombre d'heures travaillées chaque semaine.

Nom de l'employeur

Adresse *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine

Cause de l'invalidité ◯ Maladie ◯ Accident

En cas de maladie, date de début de la maladie (jour mois année)

En cas d'accident, date de l'accident (jour mois année)

Lieu de l'accident ◯ Travail ◯ Ailleurs *(veuillez préciser)* _____

Comment l'accident s'est-il produit? **S'il s'agit d'un accident de la route, joignez le rapport de police.**

Nature de la maladie ou de la blessure

Traitement actuel *(médicaments, régime alimentaire, physiothérapie, etc.)*

Avez-vous été hospitalisé pour ce problème? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, précisez la durée du séjour et fournissez une description.

Nom de l'hôpital

Numéro de téléphone de l'hôpital Poste

Avez-vous déjà présenté le même problème ou un problème semblable? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez indiquer quand et fournir une description.

Nom du médecin de famille actuel

Numéro de téléphone du médecin Poste

Adresse postale *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal

4. Déclaration du demandeur (suite)

Noms et adresses de tous les médecins qui vous ont traité au cours des 24 mois précédant l'entrée en vigueur de la présente assurance

Autorisation du demandeur de divulguer des renseignements personnels *(facultative)*
Si vous souhaitez autoriser une autre personne que vous (comme un membre de la famille ou un ami) à communiquer en votre nom avec la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) concernant votre demande de règlement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous. La communication se limitera aux questions relatives à la demande de prestations. La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de la demande de prestations ou jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par vous. Une reproduction de la présente autorisation aura la même valeur que le document original.

J'autorise Canada Vie à communiquer les renseignements personnels qui se rapportent à ma demande de prestations à :

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Adresse postale (*numéro et rue*)

Ville | Province/territoire | Code postal

Numéro de téléphone | Numéro de téléphone cellulaire (*facultatif*) | Adresse courriel (*facultative*)

Relation

Veuillez sélectionner une option (Si aucune option n'est sélectionnée, les renseignements médicaux ne seront pas communiqués à la personne autorisée.)

◯ Excluant les renseignements médicaux ◯ Incluant les renseignements médicaux

Signature et autorisation (*à remplir par le demandeur*)

- J'atteste que les déclarations contenues dans la présente formule sont véridiques et complètes.
- Je comprends que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie étudiera ma demande de règlement d'assurance invalidité en vertu de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, de l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC ou de l'Assurance Protection-paiement CIBC^{MC} - Carte de crédit CIBC.
- Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué dans la section Protection des renseignements personnels et j'autorise l'assureur, ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, utiliser et échanger des renseignements personnels à mon sujet (y compris tous les rapports de consultation et médicaux) nécessaires à l'administration et à l'approbation des demandes de règlement par Canada Vie et par la Banque CIBC aux fins de l'administration de ma demande de règlement en vertu des présentes polices collectives, avec toute personne ou organisation qui a des renseignements pertinents concernant cette demande, y compris les professionnels de la santé, les institutions, les organismes d'enquête, les assureurs et les réassureurs et les administrateurs de programmes de prestations gouvernementaux et d'autres programmes de prestations.
- Demandes de règlement d'assurance hypothécaire : J'autorise l'utilisation des renseignements me concernant recueillis en lien avec la présente demande de règlement d'assurance pour prêt hypothécaire aux fins de l'examen et de l'administration de toute autre assurance que je pourrais avoir sur le prêt hypothécaire assuré.
- Aux fins de l'administration de la présente demande de règlement, la Canada Vie peut communiquer avec moi aux coordonnées fournies ci-dessus.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que le document original et celle-ci restera en vigueur pour la durée de ma demande de prestations.

Date (jour mois année) | Nom du demandeur | X Signature (signer dans la case)

5. Déclaration de l'employeur

Cette partie doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travailliez quand l'invalidité a commencé. Si vous étiez sans emploi à la date de votre invalidité, elle doit être remplie par l'employeur pour lequel vous avez travaillé en dernier. Si vous êtes un travailleur autonome, vous devez remplir vous-même cette partie.

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur

Adresse postale (*numéro et rue*)

Ville | Province/territoire | Code postal

Renseignements sur le demandeur

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Emploi en date de la dernière journée travaillée

Nombre d'heures travaillées par semaine | Type d'emploi (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

Dans le cas d'un emploi saisonnier, indiquez les mois de travail (inclusivement)

De : | À :

Date de début de l'emploi (jour mois année) | Date de la dernière journée travaillée (jour mois année) | Date ou date prévue du retour au travail (jour mois année) | Le retour au travail a eu lieu ou aura lieu dans le type d'emploi suivant (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

Raison de l'arrêt de travail

Courte description des fonctions et des exigences physiques liées au poste (p. ex., temps passé en position debout, penchée ou assise ou à soulever des charges) Veuillez joindre une copie de la description du poste.

Une demande de règlement a-t-elle été soumise à la Commission des accidents du travail? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, indiquez l'adresse du bureau.

Nom de la compagnie d'assurance (autre que la Commission des accidents du travail) fournissant une couverture d'assurance invalidité collective à votre employé ou à votre ancien employé.

Personne-ressource | Numéro de la police

Numéro de téléphone | Poste

5. Déclaration de l'employeur (suite)

Renseignements sur le représentant autorisé de l'employeur

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Emploi

Numéro de téléphone | Poste | Numéro de télécopieur | Poste | Courriel

Signature et autorisation *(à remplir par le représentant autorisé de l'employeur)*

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de l'organisation.

Date (jour mois année) | Nom | X | Signature (signer dans la case)

Veuillez retourner la présente formule à votre employé ou à votre ancien employé.

6. Déclaration du médecin traitant

Le demandeur doit remplir et signer la Partie 1 – Renseignements sur le patient et autorisation ci-dessous avant de demander au médecin de remplir la Partie 2 – Déclaration du médecin.

Partie 1 - Renseignements sur le patient et autorisation

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Date de naissance (jour mois année)

Je donne mon consentement et j'autorise tout médecin, tout hôpital, toute clinique ou tout établissement médical, toute compagnie d'assurance ou toute autre organisation, institution ou personne ayant, ou qui pourrait avoir à l'avenir, tout dossier me concernant ou concernant ma santé à divulguer et à obtenir tout renseignement personnel à mon sujet (y compris tous les rapports de consultation et médicaux) à ou auprès de la Compagnie d'Assurance du Canada sur la vie (« Canada Vie »), si ma demande de règlement porte sur une invalidité en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC ou de l'Assurance Protection-paiement CIBC[MC] – Carte de crédit CIBC aux fins de processus d'approbation ou de l'évaluation d'une demande de règlement, et à ou auprès de la Banque CIBC à titre d'administrateur en vertu des polices.

Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué dans la section Protection des renseignements personnels et j'autorise Canada Vie, ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, utiliser et échanger des renseignements personnels à mon sujet (y compris tous les rapports de consultation et médicaux) nécessaires à l'administration et à l'approbation des demandes de règlement par Canada Vie et par la Banque CIBC aux fins de l'administration de ma demande de règlement en vertu des présentes polices collectives, avec toute personne ou organisation qui a des renseignements pertinents concernant cette demande, y compris les professionnels de la santé, les institutions, les organismes d'enquête, les assureurs et les réassureurs et les administrateurs de programmes de prestations gouvernementaux et d'autres programmes de prestations.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que le document original et celle-ci restera en vigueur pour la durée de ma demande de prestations.

Date (jour mois année) | Nom du patient | X | Signature du patient (signer dans la case)

Partie 2 - Déclaration du médecin

Remarque : Il incombe au demandeur de payer tous les frais associés à la préparation de la présente demande.

Historique

Depuis combien de temps le demandeur est-il votre patient? Années | Mois

Date de diagnostic du problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)

Date à laquelle le patient a été touché par une invalidité (jour mois année)

Date de la première visite au cours des 12 mois suivant la date de l'invalidité totale (jour mois année)

Le patient a-t-il déjà présenté le même problème ou un problème semblable? ◯ Oui ◯ Non ◯ Inconnu

Si oui, veuillez indiquer quand et fournir une description.

Le problème est-il considéré comme étant chronique? ◯ Oui ◯ Non

Le problème est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à l'emploi du patient? ◯ Oui ◯ Non ◯ Inconnu

Qu'est-ce qui a causé l'absence du travail?

Le patient a-t-il été hospitalisé? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, indiquez le nom de l'hôpital, le numéro de téléphone et la durée du séjour.

Nom de l'hôpital | Numéro de téléphone | Poste

Date de l'intervention chirurgicale, le cas échéant (jour mois année) | Date du séjour : du (jour mois année) | Date du séjour : jusqu'au (jour mois année)

Noms et adresses des autres médecins traitants

1.
Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Adresse *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal | Numéro de téléphone | Poste

Spécialité | Numéro de télécopieur | Poste

2.
Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Adresse *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal | Numéro de téléphone | Poste

Spécialité | Numéro de télécopieur | Poste

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Cause de l'invalidité

Diagnostic primaire *(y compris toute complication)*

Diagnostic secondaire *(le cas échéant)*

Problèmes ou complications supplémentaires qui pourraient influer sur la durée de l'absence du travail

Symptômes subjectifs

Signes objectifs *(y compris les résultats actuels de radiographies, d'ECG, d'IRM et de TDM ou les données de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent)*. Veuillez fournir des copies.

Le patient reçoit-il un traitement lié à la consommation d'alcool ou de drogues ou a-t-il besoin d'un tel traitement? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez donner tous les détails du programme de désintoxication.

Si c'est pertinent, tension artérielle au moment de la dernière consultation

Limitations fonctionnelles actuelles

Fonction	Degré de limitation				
Cognition	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Parole	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Audition	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Sensibilité	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Psychologique	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Conduite automobile	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Marche	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Position debout	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Capacité à grimper	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Position assise	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Position penchée	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Soulèvement de charges	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Dextérité	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
Vision	◯ Aucun	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas

Veuillez indiquer toute autre limitation fonctionnelle causée par la blessure ou la maladie :

_____	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas
_____	◯ Léger	◯ Modéré	◯ Grave	◯ Je ne sais pas

Veuillez indiquer le poids maximum recommandé.

Livres ou kilogrammes

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Décrivez toute limitation fonctionnelle, physique ou psychologique que vous considérez comme étant un obstacle important relativement à la capacité à travailler de la personne.

Des évaluations des capacités fonctionnelles ont-elles été effectuées? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez indiquer quand et le type d'évaluation.

Traitement

Date de la première visite pour le problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)

Date de la dernière visite pour le problème ayant causé l'invalidité (jour mois année)

Fréquence des visites ◯ Hebdomadaire ◯ Mensuelle ◯ Autre *(précisez)*

Nature du traitement *(y compris les interventions chirurgicales, la physiothérapie et les médicaments prescrits, s'il y a lieu)*

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? ◯ Oui ◯ Non

Si non, veuillez commenter.

Progrès

Comment l'état du patient évolue-t-il? ◯ Guérison ◯ Amélioration ◯ Aucune amélioration ◯ Rétrogression

Veuillez commenter

Pronostic

Le patient est-il actuellement en situation d'invalidité professionnelle totale? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, indiquez la date à laquelle vous estimez que le patient sera en mesure de reprendre le travail (jour mois année)

Si non, indiquez la date à laquelle le patient a été en mesure de reprendre le travail (jour mois année)

Si la date de retour au travail est inconnue, indiquez une estimation

Serait-il approprié pour le patient de reprendre le travail à l'essai ou de suivre un programme de réadaptation? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, indiquez la date (jour mois année)

Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (jour mois année)

6. Déclaration du médecin traitant (suite)

Partie 2 - Déclaration du médecin (suite)

Renseignements sur les orientations vers d'autres professionnels

Le patient a-t-il été orienté vers un autre médecin? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, date de l'orientation (jour mois année)

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Adresse postale *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal

Numéro de téléphone | Poste

Numéro de télécopieur | Poste

Spécialité

Renseignements sur le médecin traitant

Titre | Prénom | Initiale(s) | Nom de famille

Nom de l'établissement *(hôpital, centre médical)*

Adresse postale *(numéro et rue)*

Ville | Province/territoire | Code postal

Numéro de téléphone | Poste

Numéro de télécopieur | Poste

Spécialité

En signant ici, vous reconnaissez que les réponses données ci-dessus sont exactes et complètes au meilleur de vos connaissances.

Date (jour mois année) | Nom | X | Signature (signer dans la case)

Veuillez retourner le présent formulaire à votre patient.

Le patient est responsable de protéger cette formule et de tous les changements apportés pour la remplir.