

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Dans le présent formulaire, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin.

Information et consentement de l'employé - À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)

Adresse (numéro d'immeuble et rue)

Ville

Province

Code postal

Homme
 Femme

Taille

Poids

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Numéro de téléphone

Nom de l'employeur

N° de police d'assurance collective

N° de division

N° de certificat

J'autorise par les présentes la transmission de mes renseignements médicaux à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie et/ou à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement d'invalidité et de l'administration du régime d'assurance collective. Ces renseignements médicaux incluent, sans s'y limiter, des copies des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats d'analyses et des dossiers d'hôpital.

Je comprends que je peux mettre fin à ce consentement en tout temps, mais que mon consentement est nécessaire à l'évaluation de ma demande de règlement.

Je comprends que je dois assumer tous frais exigés pour faire remplir le présent formulaire.

Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Les renseignements médicaux ou sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

Signature de l'employé

X

Date (jj/mm/aaaa)

Le patient est responsable de tous frais exigés pour faire remplir ce formulaire.

Déclaration du médecin traitant – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

- Si votre patient est retourné au travail ou s'il est prévu qu'il retourne au travail dans les 4 semaines suivant le dernier jour travaillé, veuillez remplir la **page 1 seulement** et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences estimées à plus de 4 semaines, veuillez **dûment** remplir les **pages 1 et 2**.

Diagnostic principal :

Diagnostic secondaire et/ou complication(s) :

Grossesse – date d'accouchement ou date prévue d'accouchement (jj/mm/aaaa)

Maladie/blessure professionnelle oui non
Si « oui », indiquez la date de la maladie/blessure :

Accident de voiture oui non
Si « oui », indiquez la date de l'accident :

Date de la première visite en lien avec cette condition (jj/mm/aaaa)

Date du premier jour d'absence en lien avec cette condition (jj/mm/aaaa)

En lien avec cette condition, le patient a-t-il été hospitalisé ou subi une chirurgie?

Nom de l'établissement

Date d'hospitalisation (jj/mm/aaaa)

Date de sortie (jj/mm/aaaa)

Si une chirurgie a été effectuée, veuillez indiquer la date (jj/mm/aaaa) _____ et fournir une description de la chirurgie :

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

Pronostic – veuillez fournir un pronostic de guérison :

Date prévue de retour au travail (jj/mm/aaaa)

Déclaration du médecin traitant (suite) – POUR LES ABSENCES ESTIMÉES À PLUS DE 4 SEMAINES

Le patient a-t-il déjà été traité pour cette condition ou pour une condition similaire dans le passé? oui non
Si « oui », veuillez indiquer la date et fournir des détails :

Veuillez décrire les symptômes courants du patient y compris les antécédents, la gravité et la fréquence :

Fréquence des visites hebdomadaire mensuelle autre _____

Le patient s'est-il vu recommander une chirurgie, des tests ou des consultations qui n'ont pas encore eu lieu? oui non
Si « oui », veuillez fournir des détails :

Veuillez joindre une copie de tout rapport de consultation et de résultat de test/d'examen pertinent, y compris les rapports de physiothérapie. Si aucun résultat de test n'est joint, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué.

Selon vos résultats et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives et/ou physiques du patient :

Veuillez indiquer toute complication ou autre condition qui a une incidence sur le niveau fonctionnel ou la période de guérison typique du patient :

Le patient adhère-t-il au programme de traitement recommandé? oui non

Avez-vous des inquiétudes sur la capacité du patient à gérer ses propres affaires? oui non

Veuillez fournir des commentaires et d'autres détails que vous jugez utiles :

Avis au médecin :

L'information contenue dans la présente déclaration sera conservée dans un dossier d'assurance vie, santé ou invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime. Le patient ou un tiers autorisé par la loi ou à qui l'accès a été accordé pourrait demander à consulter le dossier. En fournissant l'information, vous consentez à ce que celle-ci soit divulguée sans aucune modification.

Nom du médecin traitant (en lettres moulées)		Spécialité médicale certifiée	Sceau du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse de courriel	
Signature du médecin traitant X		Date (jj/mm/aaaa)	

Veuillez envoyer le présent formulaire à:

Courriel : sherwinwilliamsclaims@empire.ca

Télec : 1-855-430-9455