

Présentation d'une demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée

Régime d'assurance collective des chambres de commerce

Toute absence du travail à court ou à long terme en raison d'une maladie ou d'une lésion corporelle peut être une période stressante, surtout lorsque le revenu est affecté. Pour vous aider à remplir votre demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée ou d'exonération des primes ou d'assurance des frais généraux et à réduire le temps nécessaire au versement du premier paiement, nous avons préparé la présente trousse. Nous espérons ainsi vous faciliter la vie pendant cette période difficile. Nous avons inclus ci-dessous une liste de vérification pour votre commodité. Si vous avez des questions pendant que vous préparez ou obtenez les renseignements nécessaires, veuillez communiquer avec nous au moyen de notre ligne sans frais 1 800 294-4080 de 7 h 30 à 16 h 30, heure du Centre, du lundi au vendredi, pour parler à un représentant du service à la clientèle responsable des dossiers d'assurance invalidité. Veuillez noter que lorsqu'une demande est approuvée, les prestations sont versées mensuellement en arriéré.

Tous les formulaires doivent être remplis le mieux possible et **TOUS LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT DE LA DEMANDE**. La décision rendue sera fondée sur les renseignements fournis. Malheureusement, les formulaires mal remplis et l'absence de certains documents retarderont le traitement de votre demande de prestations. En pareil cas, nous communiquerons avec vous par écrit vous informant sur le statut de votre demande.

Nous vous prions de retourner votre demande de prestations dûment remplie à notre bureau.

- Télécopieur : 1 866 878-0951
- Courriel : information@johnstongroup.ca
- Courrier :

Régime d'assurance collective des chambres de commerce
1051, rue King Edward

Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

À l'attention du service des réclamations d'assurance invalidité
Les formulaires originaux peuvent être exigés.

PREUVES RELATIVES AUX REVENUS

Le revenu gagné est le revenu gagné pour les services rendus par l'assuré. Veuillez joindre à votre demande les preuves exigées relatives aux revenus.

EMPLOYÉ

Le revenu gagné de l'employé comprend les salaires, les bonis, les commissions et les honoraires. Veuillez joindre des copies de vos feuillets T4 des deux dernières années. Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE / TRAVAILLEUR AUTONOME

Le revenu gagné comprend les salaires, les bonis, les dividendes de la compagnie (moyenne au cours des deux dernières années selon les feuillets T5), les commissions ou le revenu net provenant de l'exploitation d'une entreprise à titre de travailleur autonome. Le revenu gagné ne comprend pas les revenus d'intérêts; les revenus de location; les revenus provenant de gains en capital, de redevances ou de rentes; la rémunération différée ni tout autre revenu qui ne dépend pas de la capacité de l'assuré à rendre des services ou à occuper un emploi.

Le revenu net est le revenu brut de votre entreprise moins les dépenses d'entreprise qui peuvent être déduites du revenu imposable, sauf l'impôt payable sur ce revenu. **Veuillez joindre une copie des pages 1 et 2 de la T1 Générale pour les deux dernières années, et si un montant est indiqué pour les revenus d'un travail indépendant (lignes 135 à 143), il faut fournir une copie de toutes les annexes ayant trait à ce montant.**

Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

LISTE DE VÉRIFICATION

Assurez-vous que :

- les formulaires sont remplis le mieux possible;
- chaque section des formulaires est remplie par la personne appropriée;
- toutes les sections sont signées et datées;
- les formulaires sont accompagnés d'un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »;
- tous les formulaires requis sont accompagnés d'une copie de votre acte de naissance, de votre passeport ou de votre baptistaire.

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

À l'usage exclusif du siège social : Numéro de groupe _____

NOUS VOUS DEMANDONS VOTRE COLLABORATION

Votre patient a présenté une demande de règlement aux termes d'un contrat établi par Desjardins Assurances et nous évaluerons son admissibilité à des prestations en fonction de son état de santé.

Comme vous devez vous en douter, les renseignements que vous nous fournirez seront les plus importants dans notre évaluation de son état. Nous vous demandons donc de nous fournir des renseignements pertinents concernant le diagnostic, les signes et les symptômes, ainsi que les détails relatifs aux limites et aux restrictions de votre patient.

Veillez remplir la présente déclaration le mieux possible. Soyez assuré que les renseignements que vous nous donnerez, y compris les dossiers médicaux, sont nécessaires pour le traitement de la demande de règlement de votre patient et seront traités en toute confidentialité. Il faut absolument que vous joigniez des copies de tous les résultats de tests et rapports d'enquête confirmant le diagnostic et l'importance des incapacités de votre patient. **Nous vous demandons également des copies de votre dossier complet, y compris les notes concernant les consultations, l'admission à un hôpital et le congé de celui-ci.**

Les frais engagés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.

Desjardins Assurances vous remercie de votre collaboration.

1) RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille _____ Date de naissance (AA-MM-JJ) _____

Prénom _____ Taille (po/cm) _____

Second prénom _____ Poids (lb/kg) _____

Numéros d'entreprise et de certificat _____

2) RENSEIGNEMENTS DE BASE

1. Date d'apparition des premiers symptômes (AA-MM-JJ) _____ Date de la première consultation relative à l'état actuel (AA-MM-JJ) _____

Date d'arrêt du travail (AA-MM-JJ) _____

2. a) Symptômes lors du dernier jour de travail _____

b) Y a-t-il des signes physiques ou fondez-vous votre opinion seulement sur les symptômes du patient? Expliquez. _____

3. Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème semblable? Oui Non Si « Oui », veuillez indiquer quand et préciser. _____

4. À votre avis, l'état du patient est-il chronique? Oui Non

5. Date de la dernière consultation (AA-MM-JJ) _____ Fréquence des consultations : _____

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

2) RENSEIGNEMENTS DE BASE (SUITE)

6. Le patient vous a-t-il été envoyé par un autre médecin? Oui Non Si « Oui », veuillez donner les renseignements suivants à l'égard de ce dernier.

Nom du médecin _____ Date (AA-MM-JJ) _____

Adresse _____

7. L'état du patient est-il lié à son travail? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser. _____

3) DIAGNOSTIC DU MÉDECIN - DÉFICIENCE PSYCHIATRIQUE

Si le diagnostic primaire ou secondaire porte sur une déficience psychiatrique, veuillez remplir la section ci-dessous. Sinon, passez à la section 4.

1. Diagnostic primaire (y compris les complications) _____

2. Diagnostics secondaires (y compris les complications) _____

3. Troubles psychiatriques

a) Diagnostic (veuillez utiliser la terminologie et les codes du DSM-IV) :

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____

Axe V _____

Évaluation globale de fonctionnement _____

b) Antécédents

Antécédents familiaux Oui Non Si « Oui », veuillez expliquer. _____

c) Diagnostic antérieur de troubles psychiatriques (année, durée, etc.) : _____

d) Maladie actuelle (veuillez dresser la liste des symptômes) : _____

e) Autres facteurs influençant la maladie (travail, domicile, relations, statut de l'autorisation d'exercer, faillite, etc.) : _____

f) Le patient a-t-il un problème de toxicomanie? Oui Non Si « Oui », quel est le programme de traitement? _____

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

3) DIAGNOSTIC DU MÉDECIN - DÉFICIENCE PSYCHIATRIQUE (SUITE)

4. Déficience mentale

Comment ses troubles psychiatriques empêchent-ils le patient de travailler? Veuillez indiquer des restrictions et des limites précises. _____

4) DIAGNOSTIC DU MÉDECIN - DÉFICIENCES PHYSIQUES

1. Diagnostic primaire (y compris les complications) _____

2. Diagnostics secondaires (y compris les complications) _____

3. Dans le cas des maladies ayant trait aux membres supérieurs ou au cou, le patient est-il droitier? gaucher?

4. Si la patiente est ou était enceinte, quelle est la date prévue ou réelle de son hospitalisation? (AA-MM-JJ) _____

5. Symptômes subjectifs : _____

6. Signes physiques. Indiquez le nom des examens objectifs, les dates où ils ont été effectués ainsi que leurs résultats (veuillez joindre des copies) : _____

7. Dans le cas d'une maladie cardiaque :

a) Indiquez la capacité fonctionnelle actuelle du patient en fonction des catégories de l'American Heart Association :

Catégorie 1 - Pas de limitation Catégorie 2 - Faibles limitations Catégorie 3 - Limitations importantes Catégorie 4 - Limitations rigoureuses

b) Indiquez la nature et la date de toutes les investigations cardiaques : _____

8. Indiquez les trois derniers résultats des mesures de la pression sanguine. _____ / _____ Date (AA-MM-JJ) _____

_____ / _____ Date (AA-MM-JJ) _____ _____ / _____ Date (AA-MM-JJ) _____

.....

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

5) TRAITEMENT DU PATIENT (POUR LES DIAGNOSTICS PHYSIQUES OU PSYCHIATRIQUES, LE CAS ÉCHÉANT)

1. Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Si « Oui », veuillez donner les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital

Dates de l'hospitalisation : du (AA-MM-JJ) au (AA-MM-JJ)

2. Le patient a-t-il subi une chirurgie relativement à son état? Oui Non Si « Oui », veuillez donner les renseignements suivants :

Nom de l'intervention

Date (AA-MM-JJ)

Nom du chirurgien

3. Médication :

Nom du médicament

Dose

Fréquence

Date de l'ordonnance (AA-MM-JJ)

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Date de l'ordonnance (AA-MM-JJ)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Autres types de traitement donnés ou prescrits, dates de ces traitements, durée prévue, etc.

Type de traitement

Date(s)

Durée prévue

Établissement de santé

5. Le patient participe-t-il à un programme de réadaptation? Oui Non Si « Oui », veuillez donner les renseignements suivants :

Nom du programme _____

Dates de participation (AA-MM-JJ) _____ Durée prévue _____

6. Le patient a-t-il consulté d'autres fournisseurs de soins de santé ou été traité par eux? Oui Non Si « Oui », donnez les renseignements suivants :

Nom _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Adresse _____ Dates des soins (AA-MM-JJ) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Adresse _____ Dates des soins (AA-MM-JJ) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

7. Veuillez commenter la réaction du patient à l'égard du traitement : _____

8. Le patient suit-il le plan de traitement recommandé? Oui Non Si « Non », indiquez les raisons et les conséquences. _____

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

5) TRAITEMENT DU PATIENT (POUR LES DIAGNOSTICS PHYSIQUES OU PSYCHIATRIQUES, LE CAS ÉCHÉANT) (SUITE)

9. Le traitement devrait-il changer? Oui Non Si « Oui », de quelle façon et quand? _____

10. a) Quelles sont les restrictions et limitations particulières du patient (c'est-à-dire ce que le patient NE PEUT PAS faire)? _____

- b) Ces restrictions seront-elles permanentes? Si « Non », indiquez quand vous prévoyez une amélioration. _____

11. À votre avis, quel pourrait être le poste occupé par le patient? _____

12. Le patient détient-il un permis ou un certificat comportant des restrictions ou qui a été révoqué (par exemple : permis de conduire, autorisation d'exercer, etc.)?
 Oui Non Si « Oui », indiquez le type de permis (y compris la catégorie) ou de certificat.
- | Numéro du permis | Type de permis | Date de la révocation (AA-MM-JJ) |
|------------------|----------------|----------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
13. Le patient a-t-il recouvré le maximum de ses capacités? Oui Non
Si « Non », quand vous attendez-vous à une amélioration significative de l'état du patient? _____

14. Quel est votre pronostic? (Détails de toute amélioration ou détérioration prévue et moment prévu de celle-ci.) _____

15. À votre avis, le patient est-il en mesure de gérer ses affaires financières? Oui Non Si « Non », indiquez depuis quelle date ainsi que les raisons. _____

-

6) PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL

1. Connaissez-vous les tâches que le patient doit accomplir dans l'exercice de ses fonctions? Oui Non
2. Lequel de ces termes décrit les progrès de l'état du patient depuis son arrêt de travail?
 Guérison Amélioration Stabilité Régression
3. Quel est l'état actuel du patient?
 Ambulatoire Obligé de rester chez soi Obligé de garder le lit Hospitalisé
4. D'après vos conclusions, le patient peut-il retourner au travail à **temps partiel** ou occuper un **poste modifié**? Oui Non
5. Si « Oui », veuillez donner des détails sur ce retour au travail, y compris des étapes et des dates. Veuillez également décrire toute limitation ou restriction.

Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

6) PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL (SUITE)

6. Le patient pourrait-il exercer **d'autres fonctions**? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser.

7. Indiquez tout autre facteur non mentionné ci-dessus qui pourrait avoir un effet sur la capacité du patient à retourner au travail (par exemple : pression sociale, stress au travail, usage abusif de médicaments, d'alcool ou de drogues).

7) COLLABORATION ET VOLONTÉ DE RETOURNER AU TRAVAIL

Veuillez commenter la collaboration du patient à l'égard du programme de traitement recommandé.

Veuillez commenter la volonté du patient de retourner au travail.

8) RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Fournissez-vous des renseignements à d'autres assureurs au sujet de ce patient? Oui Non Si « Oui », indiquez le nom des compagnies.

2. Donnez-nous vos commentaires ou tout autre renseignement qui, à votre avis, pourraient nous aider à mieux comprendre l'état du patient.

Signature _____ Date (AA-MM-JJ) _____

Nom du médecin _____ Diplôme et spécialité _____

Adresse _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Numéro de télécopieur (_____) _____

Remarque : Pour nous permettre d'évaluer la demande de règlement de votre patient, il est essentiel que vous répondiez le mieux possible à toutes les questions le concernant. Nous nous fonderons sur le présent formulaire pour prendre notre décision. Malheureusement, un formulaire incomplet nuira à notre capacité de le faire et pourrait également avoir des conséquences sur le revenu de votre patient.