iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

Z

ASSURANCE COLLECTIVE

N^O DE CONTRAT : 99205

Hydro Québec

Régime de protection salariale en cas d'invalidité totale de courte durée (RPS)

Pour les employés temporaires régis par la convention collective du Syndicat des employé(e)s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec, du Syndicat des employé(e)s de métiers d'Hydro-Québec, du Syndicat des technologues d'Hydro-Québec et du Syndicat des spécialistes et professionnels d'Hydro-Québec.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

N. B. Pour chacune de vos périodes d'absence en raison de maladie ou d'accident hors travail compensables par ce régime, il vous incombe de transmettre ce formulaire rempli à l'Industrielle Alliance, Service des règlements, C. P. 790, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K6.
N° de téléphone : 1 877 422-6487 • N° de télécopieur : 1 877 799-6691.

À défaut de donner suite à cette obligation, votre période d'absence du travail sera non rémunérée et votre employeur en sera avisé et pourra la considérer comme une absence sans permission.

Veuillez faire remplir le verso de ce formulaire par votre médecin traitant ou soumettre, s'il y a lieu, une copie du certificat médical normalisé d'Hydro-Québec rempli par votre médecin traitant et déjà fourni à votre employeur pour justifier votre absence du travail.

Nom de l'employé _____

Date de naissance A M J Sexe : F ☐ M ☐ Langue : Fr. ☐ Angl. ☐

Adresse _____

Code postal _____ N° d'assurance sociale _____ N° matricule Hydro-Québec _____

N° de téléphone : Bureau _____ _____ Domicile _____ _____

Dernier jour de travail A M J Premier jour d'absence A M J

Date de retour au travail (s'il y a lieu) A M J

S'il s'agit d'un accident, spécifier la date, les lieux et les circonstances (où, quand, comment) :

_____

Avez-vous consulté un médecin pour cette absence? Oui ☐ Non ☐ Date de la première visite A M J

Si oui, spécifier le nom et l'adresse complète de ce médecin :

_____

Avez-vous été hospitalisé au cours de cette absence? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifier les dates et l'hôpital :

_____

Avez-vous touché ou toucherez-vous des montants pendant la période d'invalidité? Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser la nature (vacances, assurance-emploi, congés de maladie, fériés, autres), les montants et la période :

_____

AUTORISATION À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. J'autorise toute personne physique ou morale, notamment les médecins, les autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, le MIB Inc., les institutions financières, les agences de renseignements personnels, les intermédiaires de marché et les autres assureurs ou réassureurs ainsi que tout autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et à échanger avec l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (Industrielle Alliance)** ou ses réassureurs tout renseignement aux fins d'étude de ma demande de prestations en vertu du présent régime.
2. J'autorise également **Hydro-Québec** à transmettre à l'**Industrielle Alliance** tous les renseignements nécessaires au soutien de ma demande de prestations.
3. J'autorise enfin l'**Industrielle Alliance** à transmettre à **Hydro-Québec** tous les renseignements et documents contenus dans le dossier relatif à ma demande de prestations.

Ces trois autorisations valent pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles elles ont été demandées. De même, une photocopie des présentes autorisations a valeur d'original. Je certifie également l'exactitude des informations données ci-dessus.

Signature _____ Date A M J

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom du patient _____

Poids _____ lb ou _____ kg Taille _____ pi/po ou _____ m/cm

2. S'agit-il d'un accident : de travail? Non ☐ Oui ☐
de véhicule moteur? Non ☐ Oui ☐
autre? Non ☐ Oui ☐

3. Diagnostic de l'invalidité actuelle (Joindre les résultats de Rx, ECG ou autres tests, ainsi que les copies des rapports de consultations.)

_____

Si l'invalidité est de nature psychiatrique, préciser les critères selon le DSM.

4. Autres affections susceptibles d'en modifier la durée _____

5. À votre connaissance :

a) Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident a-t-il eu lieu? A M J

b) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre? Oui ☐ Non ☐

Si oui, date et précisions A M J _____

6. Y a-t-il eu hospitalisation? Non ☐ Oui ☐, du A M J au A M J

Y a-t-il eu chirurgie d'un jour? Non ☐ Oui ☐ → Anesthésie locale ☐ Anesthésie générale ☐

Nom de l'hôpital _____

7. A-t-on pratiqué une intervention chirurgicale? Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser la date et la nature A M J _____

8. Le cas échéant, préciser le nom du médecin qui vous a confié le patient _____

9. a) Date de la première visite pour la présente invalidité A M J

b) Date de la dernière visite A M J

c) Ce patient est-il demeuré sous vos soins depuis le début de l'invalidité? Non ☐ → préciser _____

Oui ☐ avec visites hebdomadaires ☐ mensuelles ☐ Autre ☐ _____

10. Dans le cas d'une patiente, est-elle enceinte ou a-t-elle accouché récemment? Oui ☐ Non ☐

Si oui
- Date d'accouchement A M J
- La maladie est-elle attribuable à une grossesse? Oui ☐ Non ☐
- Cette patiente est-elle admissible au retrait préventif? Oui ☐ Non ☐

11. Nature des traitements _____

12. Médicaments prescrits _____

13. État cardiaque (si l'invalidité y est liée) :

a) Capacité fonctionnelle (American Heart Association) Catégorie 1 (aucune restriction) ☐ Catégorie 2 (légère restriction) ☐
Catégorie 3 (restriction importante) ☐ Catégorie 4 (restriction complète) ☐

b) Tension artérielle (dernière visite) Systolique _____ Diastolique _____

14. Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Oui ☐ Non ☐

15. À votre connaissance, ce patient a été totalement invalide (incapable de travailler) du A M J au A M J

Si le patient est encore invalide, vers quelle date devrait-il pouvoir reprendre le travail? A M J
Si la date est indéterminée, nombre de semaines additionnelles estimées nécessaires avant la reprise du travail _____ semaines supplémentaires.

16. Quelle a été ou sera la durée de l'invalidité partielle du patient (capacité de reprendre à temps partiel l'exercice de sa profession)?

Du A M J au A M J

17. En quoi l'affection influe-t-elle sur sa capacité de travail?

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) _____

Spécialité _____ N° de téléphone _____

Adresse _____ Code postal _____

Signature _____ Date A M J

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.