



ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ

Évaluation initiale

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, Humania Assurance établira un dossier vous concernant dans lequel seront consignés tous les documents reliés à vos demandes de règlement d'invalidité. Seuls les employés et représentants autorisés responsables de la gestion de votre demande de règlement auront accès à ce dossier.

Directives à l'intention :

- A. du réclamant
- Remplir et signer la partie intitulée « Déclaration du réclamant ».
 - Voir à ce que le preneur remplisse et signe la partie intitulée « Déclaration du preneur ».
 - Voir à ce que le médecin remplisse et signe la partie intitulée « Déclaration du médecin traitant – Condition psychologique » si la principale raison de votre absence du travail est d'ordre psychologique ou la partie « Déclaration du médecin traitant – Condition physique » pour tout autre état pathologique ou si vous possédez la garantie d'assurance salaire en cas d'accident. Prendre soin de fournir au médecin une copie de la « Déclaration du réclamant » dûment remplie afin qu'il ait l'autorisation écrite de divulguer des renseignements à Humania Assurance.
 - Veuillez noter que vous devrez assumer tous les frais exigés pour faire remplir la déclaration du médecin traitant.
 - Soumettre les formulaires mentionnés plus haut à Humania Assurance en temps opportun, en prenant soin de les expédier tous ensemble afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement. Veuillez, s'il y a lieu, joindre le premier et/ou dernier talon de chèque de l'assurance emploi et votre relevé d'emploi.
 - Dans les cas de problématique en santé mentale, assurez-vous de communiquer avec votre Programme d'Aide aux Employés (PAE) dès aujourd'hui afin que vous puissiez obtenir un soutien le plus rapidement possible. Appelez au 1 800 361-9569 ou visitez login.lifeworks.com.
- Dépôt direct
- Si vous n'utilisez pas déjà le service de dépôt direct d'Humania Assurance, veuillez compléter l'autorisation qui se trouve à la fin de la présente page et la soumettre avec votre demande de règlement. Vos prestations seront directement déposées à votre compte bancaire, si votre demande est approuvée.
- B. du preneur
- Remplir et signer la partie intitulée « Déclaration du preneur ».
 - Soumettre les formulaires de demande de règlement d'invalidité et joindre une copie du relevé d'emploi (RE) le plus récent. Dans le cas d'une demande d'invalidité de longue durée (sans invalidité de courte durée), les formulaires dûment remplis doivent être expédiés à Humania Assurance de la façon suivante :
 Selon que le délai de carence est de :
 - 17 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés à la 9^e semaine d'absence ;
 - 26 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés à la 18^e semaine d'absence.
- C. du médecin
- Remplir et signer la section « Déclaration du médecin traitant » appropriée à la teneur du diagnostic principal.

Dépôt direct – Autorisation

-
- Demande initiale
-
- Demande de changement de compte bancaire

I Déclaration de l'assuré(e) (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

| | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------|
| Police et sous-groupe n° | Certificat n° | Nom de l'assuré(e) | Prénom(s) |
| Téléphone n° (jour) | Adresse de résidence principale (n°, rue) | | App. |
| Ville | Province | | Code postal |
| Nom de l'institution financière | | Adresse de l'institution financière | |

II Type de compte bancaire Veuillez remplir cette section ET JOINDRE UN SPÉCIMEN CHÈQUE

-
- Chèques
-
- Épargne

Succursale n° (5 chiffres) Institution n° (3 – 4 chiffres) Compte n° (tous les chiffres)

III Autorisation

J'autorise Humania Assurance, à utiliser et à communiquer aux institutions financières pancanadiennes, via tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, les coordonnées du compte bancaire figurant à la présente autorisation afin d'y déposer directement toute somme associée à la présente réclamation. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer Humania Assurance de tout changement.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder aux informations qui me concernent contenues au dossier, le droit de faire rectifier ces informations, s'il y a lieu, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de mes informations bancaires.

| | | |
|---|------|-------------------------|
| Signature de l'assuré(e) | Date | (J J / M M / A A A A) |
| Signature du propriétaire du compte (si différent de l'assuré(e)) | Date | (J J / M M / A A A A) |

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : 1 877 987-3076. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Télécopieur : 1 877 660-2519 • Courriel : prestations@humania.ca • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

Partie A – Renseignements généraux

| | | | | |
|--|----------|--|---|---|
| Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Ne désire pas préciser | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Police n° | Certificat n° |
| Nom | | Prénom(s) | Adresse courriel | |
| Adresse (n°, rue) | | | | |
| Ville | Province | Code postal | N° de téléphone | Langue <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Ang. |
| Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent) | | Emploi (immédiatement avant le dernier jour travaillé) | Date d'entrée en fonction initiale (JJ/MM/AAAA) | |
| Autre employeur actuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquer le nom. | | | | |
| Nature de la demande de règlement <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes <input type="checkbox"/> Compassion | | | | |

Partie B – Renseignements sur la demande

Avez-vous arrêté de travailler en raison
 d'une maladie d'une blessure survenue hors travail d'un accident d'automobile hors travail d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail.

Si vous avez subi une blessure, veuillez indiquer où, quand et comment cela s'est produit.

| | |
|---|--|
| Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) | |
| Exerciez-vous <input type="checkbox"/> Votre emploi habituel <input type="checkbox"/> Un travail modifié | Avez-vous effectué une journée complète de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Dans la négative, pendant combien d'heures avez-vous travaillé le dernier jour ? | |
| Premier jour où vous n'avez pas pu travailler (JJ/MM/AAAA) | Quand les symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA) |
| Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet ? (JJ/MM/AAAA) | |
| Veuillez décrire tous vos symptômes, y compris la gravité et la fréquence. | |
| Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et les noms des médecins que vous avez consultés à ce moment. | |
| Veuillez décrire les principales fonctions de votre emploi. | |
| Veuillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches de votre emploi. | |
| Veuillez indiquer si vous êtes <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher | |
| Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail ? <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Non | |

Déclaration du réclamant (suite)

Partie C – Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez énumérer tous les professionnels de la santé (dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc.) que vous avez consultés **au cours des 12 derniers mois**, en commençant par le dernier. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre un feuillet distinct au présent formulaire et y indiquer les noms des autres professionnels de la santé à qui vous vous êtes adressé.

| | | | |
|-------------------|-------------------|--|--|
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | Spécialité | |
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | Spécialité | |
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | Spécialité | |
| Nom | | Consulté du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | Spécialité | |

Partie D – Renseignements sur les revenus d'autres provenances

Si vous avez demandé ou si vous touchez déjà un revenu de l'une des provenances suivantes, veuillez remplir la partie correspondante du tableau et nous faire parvenir une copie de l'avis d'acceptation ou de refus, le cas échéant.

| Provenance | N° de la demande, nom et n° de téléphone de la personne ressource | Avez-vous fait une demande ? | | Recevez-vous des prestations ? | | | Montant Mensuel |
|--|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | | Oui | Non | Oui | Non | À l'étude | |
| Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CSST | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de pensions du Canada – prestations d'invalidité | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de pensions du Canada – prestations de retraite | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de rentes du Québec, (RRQ) – prestations d'invalidité | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Régime de rentes du Québec, (RRQ) – prestations de retraite | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance emploi | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Assurance automobile – SAAQ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre assureur | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Déclaration du réclamant (suite)**Partie E – Autorisation et déclaration du participant**

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autre partenaires (ci-après « Partenaires d'affaires ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses Partenaires d'affaires, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

Nom (en lettres d'imprimerie)

Signature

Police n°

Date (JJ/MM/AAAA)

Adresse courriel

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : 1 877 987-3076. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Télécopieur : 1 877 660-2519 • Courriel : prestations@humania.ca • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du preneur - À remplir par l'employeur. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible. Prière de toujours joindre une copie du relevé d'emploi (RE) le plus récent ainsi que toutes informations médicales depuis le début de l'arrêt de travail.

Partie A – Renseignements sur le preneur

| | | | |
|--|----------|---|-----------------|
| Raison sociale (nom de l'employeur, du syndicat ou de l'association) | | Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente) | |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| Ville | Province | Code postal | N° de téléphone |

Partie B – Renseignements sur le réclamant

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| Nom | | Prénom(s) | |
| Adresse (n°, rue) | | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) |
| Ville | Province | Code postal | N° de téléphone |
| Police n° | Certificat n° | Employé permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Nature de la demande de règlement | | <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes <input type="checkbox"/> Compassion | |
| <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée | | | |
| La protection était-elle en vigueur le premier jour d'absence ou le jour de l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, à quelle date le réclamant est-il devenu assuré en vertu de la présente police? (JJ/MM/AAAA) Dans la négative, veuillez préciser. | | | |
| Date d'entrée en fonction du réclamant (JJ/MM/AAAA) | Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) | Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) | |
| Si le réclamant est déjà rentré au travail, depuis quand est-il de retour? (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Travaux légers <input type="checkbox"/> Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail | | | |
| Quelle était la principale raison de l'absence du réclamant? <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Blessure survenue hors du travail <input type="checkbox"/> Accident d'automobile hors travail <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle ou accident de travail <input type="checkbox"/> Compassion | | | |
| Veuillez indiquer le nombre d'heures de travail d'une semaine normale : _____ h/semaine, du _____ au _____. Quel est le taux horaire du réclamant? _____ \$ | | | |
| Quel est le salaire hebdomadaire brut habituel du réclamant avant invalidité? _____ \$ Date du dernier changement? (JJ/MM/AAAA) | | | |
| Quel est le salaire annuel brut du réclamant pour l'année? _____ \$ Date du dernier changement? (JJ/MM/AAAA) | | | |
| S'agit-il d'un employé <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier | | | |
| Le réclamant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'absence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, en préciser la provenance : <input type="checkbox"/> Congé annuel <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Congé de maladie <input type="checkbox"/> Assurance emploi <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Assurance emploi pour proche aidant | | | |
| Montant _____ \$ Du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) | | | |
| Le réclamant a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants? <input type="checkbox"/> CSAT, CAT ou CSST <input type="checkbox"/> Assurance emploi (Veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) <input type="checkbox"/> RPC <input type="checkbox"/> RRQ <input type="checkbox"/> SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial <input type="checkbox"/> IVAC | | | |

Déclaration du preneur (suite)

Partie C – Renseignements sur l'emploi (non requis pour congé compassion)

Quel poste le réclamant occupait-il de façon régulière immédiatement avant l'arrêt de travail ?

Est-ce que les fonctions du réclamant ont été modifiées ? Oui Non

Veuillez décrire ce poste (ou joindre un exemplaire de la description de poste de l'entreprise) ainsi que toutes modifications apportées.

Voici une analyse des exigences physiques du poste du réclamant qui doit être remplie par son supérieur immédiat. Dans la colonne appropriée, préciser le temps qu'il consacre régulièrement aux activités suivantes :

- I) au cours d'une même période de la journée, sans pause ou interruption (approximativement) et
- II) au total pendant la journée (approximativement)

Analyse des exigences physiques (non requis pour congé compassion)

| | | I | II |
|--------------------------------------|---|---|----|
| 1. Rester assis | | | |
| 2. Se tenir debout | | | |
| 3. Conduire | | | |
| 4. Se pencher | | | |
| 5. Monter et descendre les escaliers | | | |
| 6. Soulever | 0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/> au moyen d'un appareil de levage ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Pousser ou tirer | 0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/> | | |

Veuillez décrire l'environnement de travail du réclamant (ex. : température, bruit, exposition aux produits chimiques ou à la poussière, etc.).

Le réclamant porte-t-il un ou des équipements de protection personnelle (ex. : lunettes de sécurité, chaussures de sécurité, protection respiratoire, protection auditive, etc.) ? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

Certaines circonstances vous amèneraient-elles à questionner la validité de la réclamation ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

Adresse courriel pour communication concernant la réclamation

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie)

N° de téléphone

Signataire autorisé

Fonction

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : 1 877 987-3076. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Télécopieur : 1 877 660-2519 • Courriel : prestations@humania.ca • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du médecin traitant – condition physique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Renseignements sur le patient

| | | |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Nom | Prénom(s) | |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Taille | Poids |

Partie B – Diagnostic

Quel est votre diagnostic principal ?

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date a-t-il consulté un médecin pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

Selon l'anamnèse et votre examen clinique, est-ce que la condition relève d'un fait accidentel ? Oui Non Veuillez préciser :

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail ? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (choses qu'il **ne peut** pas faire) ? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (choses qu'il **ne devrait** pas faire) ? Veuillez être précis.

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation. (JJ/MM/AAAA)

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire en détail l'affection en cause.

L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Déclaration du médecin traitant – condition physique (suite)

Partie B – Diagnostic (suite)

Veillez indiquer si le patient est Droitier Gaucher

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

Si votre patiente est ou était enceinte, veuillez indiquer la date prévue ou réelle de l'accouchement. (JJ/MM/AA)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

Des examens ou tests (radiographie, IRM ou autres) : Oui Non Précisez : _____

Une opération : Oui Non d'un jour Type : _____ Date : (JJ/MM/AA)

Intervention chirurgicale : _____

D'autres traitements : Oui Non Précisez : _____

Une hospitalisation du (JJ/MM/AA) au (JJ/MM/AA) Nom de l'hôpital : _____

Un court séjour en observation : Oui Non Nbre d'heures : _____

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance.

| Médicament | Posologie | Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA) |
|------------|-----------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Si ce patient vous a été adressé, veuillez indiquer le nom de votre confrère.

Si vous avez adressé le patient à des spécialistes, veuillez indiquer les noms de ces spécialistes ainsi que leur spécialité respective.

Partie D –Pronostic

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Quelle sera la durée approximative de l'arrêt de travail de votre patient :

moins de 3 mois de 3 à 6 mois plus de 6 mois

| | | |
|-------------------------------|--|--------------|
| Signature | Date (JJ/MM/AAAA) | |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Spécialité | N° de permis |
| Adresse (n°, rue) | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | |

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : 1 877 987-3076. **Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6 • Télécopieur : 1 877 660-2519 • Courriel : prestations@humania.ca • Site Internet : www.humania.ca**

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique

Ne s'applique pas à la garantie d'assurance en cas d'accident

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Assurez-vous d'encourager votre patient à communiquer avec son Programme d'Aide aux Employés (PAE) dès aujourd'hui afin qu'il puisse obtenir un soutien additionnel le plus rapidement possible.

Partie A – Renseignements sur le patient

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|--|
| Nom | Prénom(s) | | |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | Taille | Poids | |

Partie B – Diagnostic

Veuillez préciser le(s) diagnostics(s) de votre patient :

Diagnostic primaire :

Diagnostic secondaire :

À quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez indiquer la raison de la consultation initiale du patient. Y a-t-il eu un événement déclencheur ?

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation. (JJ/MM/AAAA)

L'état de votre patient est-il directement ou indirectement imputable à son emploi ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

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

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Veillez décrire les traitements passés et actuels (incluant la psychothérapie) suivis par votre patient, sa réaction aux dits traitements et son observation des recommandations.

| Type de thérapie | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date du début du traitement (jj/mm/aaa) | Fréquence des séances | Date de la dernière séance (jj/mm/aaa) | Réponse |
|------------------|--|---|---|--|---------|
| | | | Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | |
| | | | Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | |
| | | | Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | |
| | | | Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | |

Votre patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de d'ordonnance.

| Médicament | Posologie | Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA) |
|------------|-----------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Partie D – Évaluation

1. Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficultés au travail | <input type="checkbox"/> Difficultés sociales/familiales | <input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre financier/juridique |
| <input type="checkbox"/> Affection physique | <input type="checkbox"/> Alcoolisme/Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Effets secondaires d'un ou de médicaments |
| <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation | <input type="checkbox"/> Personnalité/Manque de motivation |
| | | <input type="checkbox"/> Autres |

Veillez préciser :

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

Partie D – Évaluation (suite)

Veillez nous donner votre opinion quant aux restrictions et limitations du patient à effectuer les activités suivantes de façon soutenue durant une journée de travail normale.

Nil : aucune restriction.

Légère : légère restriction qui n'affecte pas la capacité fonctionnelle.

Modérée : restriction qui affecte le patient mais qui n'entrave pas la capacité fonctionnelle.

Modérément grave : restriction qui affecte la capacité fonctionnelle de façon importante.

Grave : restriction totale quant à la capacité fonctionnelle.

| | Nil | Légère | Modérée | Modérément grave | Grave |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Maintenir des relations avec la famille et les amis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Voir à ses besoins personnels (hygiène, repas, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Effectuer ses tâches ménagères | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Maintenir des relations avec ses collègues de travail et son superviseur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Effectuer des tâches qui exigent peu de rapports avec autrui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Comprendre, suivre et garder en mémoire des directives reçues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales ou des tâches répétitives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Effectuer des tâches variées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Suivre un horaire établi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Prendre des décisions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Effectuer des tâches qui exigent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Superviser ou gérer autrui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Partie E – Pronostic

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Quelle sera la durée approximative de l'arrêt de travail de votre patient :

Moins de 3 mois de 3 à 6 mois plus de 6 mois

| | | |
|-------------------------------|--|--------------|
| Signature | Date (JJ/MM/AAAA) | |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Spécialité | N° de permis |
| Adresse (n° rue) | | |
| N° de téléphone | N° de télécopieur | |

Afin d'éviter tous délais dans le traitement de votre demande, veuillez compléter et signer toutes les autorisations ci-dessous, et ce, même si vous avez rempli celle qui se trouve à la page 3 du présent document.



Autorisation

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autre partenaires (ci-après « *Partenaires d'affaires* ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses *Partenaires d'affaires*, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Signature |
| _____ | _____ |
| Police No. | Date (JJ/MM/AAAA) |
| | _____ |
| | Adresse courriel |

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2023



Autorisation

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autre partenaires (ci-après « *Partenaires d'affaires* ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses *Partenaires d'affaires*, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| Nom (en lettres d'imprimerie) | Signature |
| _____ | _____ |
| Police No. | Date (JJ/MM/AAAA) |
| | _____ |
| | Adresse courriel |

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2023

HUMANIA ASSURANCE INC.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

Région de Montréal : 514 485-7236

Région de Saint-Hyacinthe : 450 773-7236

Autres régions : 1 800 818-7236

Site Internet : www.humania.ca