

Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Partie 1				Information et consentement du patient À REMPLIR PAR LE PATIENT			
Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms)			Téléphone au domicile (avec indicatif régional)		Cellulaire (avec indicatif régional)		
Adresse (rue, ville, province, code postal)							
Nom de l'employeur (le cas échéant)		Numéro du contrat ou de la police		Numéro du certificat (le cas échéant)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____				Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa) _____			
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :						Indiquez vos :	
Nom du médicament		Posologie (mg)		Fréquence		Taille : _____	
1. _____		_____		_____		Poids : _____	
2. _____		_____		_____		Main dominante :	
3. _____		_____		_____		Gauche ☐ Droite ☐	
4. _____		_____		_____			
5. _____		_____		_____			
J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime/de la police d'assurance. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne pourra pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.							
Signature du patient _____				Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____			
Partie 2		Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)					
Je suis : le médecin de famille ☐ un spécialiste-conseil ☐ autre ☐ (préciser) _____							
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.							
Diagnostic							
Diagnostic primaire : _____							

Diagnostic secondaire ou complications : _____							

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Vaginal ☐ Par césarienne ☐							

La condition est-elle attribuable : à une maladie professionnelle? Oui ☐ Non ☐ à un accident du travail? Oui ☐ Non ☐ à un accident de la route? Oui ☐ Non ☐ à un autre type d'accident? Oui ☐ Non ☐		
Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) : _____		
Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____		
Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj/mm/aaaa) : _____	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj/mm/aaaa) : _____	
Traitement		
Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1) _____ _____ _____		
Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐ (préciser) _____ Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____ Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa) : _____		
Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) : _____ Fournisseur du traitement : _____		
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui ☐ Non ☐ Veuillez expliquer. _____		
Réponse au traitement		
Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète ☐ Réponse partielle ☐ Aucune réponse ☐ Trop tôt pour se prononcer ☐		
Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, précisez. _____ _____ _____		
Hospitalisation		
Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐ Une hospitalisation est-elle prévue? Oui ☐ Non ☐ A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui ☐ Non ☐ Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :		
Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____



- Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez vous arrêter ici et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.

Examens



Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – ne pas fournir de résultats de tests génétiques
- rapports de consultation
- notes cliniques

Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui ☐ Non ☐

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.

Oui ☐ Non ☐

Nom du spécialiste

Spécialité

Date (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). _____

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration ☐ Aucune évolution ☐ Détérioration ☐

Restrictions et limitations

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient. _____

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis restreint ou révoqué à la suite de la condition? Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) : _____ Type de permis : _____		
Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui ☐ Non ☐		
Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient? Oui ☐ Non ☐ ☐ Problèmes sur le lieu de travail ☐ Problèmes sociaux/familiaux ☐ Problèmes financiers/juridiques ☐ Problèmes de personnalité ☐ Dépendance ☐ Autre Veuillez préciser. _____ _____ _____		
Pronostic		
Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement. _____ _____ _____		
Retour au travail		
Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser. _____ _____ _____		
Avis au médecin/professionnel de la santé		
Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.		
Nom du médecin traitant/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	Spécialité et numéro de permis/d'inscription	Date de signature (jj/mm/aaaa)
Adresse (rue, ville, province, code postal)	Téléphone (avec indicatif régional)	
	Télécopieur (avec indicatif régional)	
	Courriel	
Signature		

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels ?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels ?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification ?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2
responsableprp@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels.

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.