

Banque Scotia

Trousse pour présenter une demande de règlement au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia

Important :

Avant de présenter votre demande pour examen, veuillez vous reporter au certificat d'assurance pour la protection hypothécaire ou la protection Ligne de crédit Scotia, qui explique brièvement les dispositions et les restrictions de la police.

Veuillez vous assurer que TOUS les documents sont dûment remplis pour le type de prestations que vous demandez au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia. Tout document manquant pourrait retarder l'évaluation de votre demande de règlement.

Pour les demandes de règlement d'assurance vie : Veuillez noter qu'une Déclaration du médecin traitant dûment remplie est exigée en plus d'une copie du certificat de décès. Ces documents sont requis pour établir la cause du décès. Une copie du rapport du coroner peut également être fournie.

Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de maladie terminale : Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de maladie terminale : Veuillez noter qu'une maladie en phase terminale est une maladie qui, selon l'avis écrit d'un médecin, mènera vraisemblablement à un décès dans l'année suivant le diagnostic.

Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de perte d'emploi : Veuillez vous assurer de fournir le Relevé d'emploi qui a été soumis à Développement des ressources humaines Canada ainsi qu'une preuve de réception de prestations d'assurance-emploi. Si votre demande de règlement est acceptée, vous devrez continuer de fournir des preuves de réception de prestations d'assurance-emploi durant le processus d'indemnisation.

Pour les demandes de règlement d'assurance maladies graves : Veuillez vous assurer que votre médecin a joint à la Déclaration du médecin traitant les rapports médicaux et les résultats d'examen requis pour appuyer le diagnostic et qu'il a indiqué la date du diagnostic. Les documents requis sont indiqués dans la Déclaration du médecin traitant.

Pour les demandes de règlement d'assurance invalidité : Veuillez noter que si votre demande de règlement est soumise après le délai de présentation des demandes de règlement de 150 jours, vous pourriez devoir fournir, à vos frais, les rapports médicaux additionnels requis pour étayer la période d'invalidité. Dans un tel cas, nous vous suggérons de soumettre la Déclaration du médecin traitant ainsi que des copies de vos dossiers médicaux dont les dates s'étalent sur toute la période pour laquelle vous demandez des prestations. Si vous êtes assuré auprès d'un autre fournisseur d'assurance invalidité, fournir une copie de votre dossier de demande de règlement peut suffire à justifier la période visée par la demande de règlement. Si elles sont approuvées, les prestations d'assurance invalidité sont payables à la Banque Scotia après une période d'attente de 60 jours. Elles commencent à être versées à la date à laquelle le premier paiement au titre du prêt est exigible après la fin de votre période d'attente. Le montant du règlement sera établi au prorata si des prestations d'assurance invalidité sont payables à l'égard d'une partie d'un paiement habituel. Aucune prestation n'est payable à l'égard de la période d'attente. Les prestations sont versées selon une fréquence qui est fondée sur la date d'exigibilité habituelle du paiement au titre de votre prêt hypothécaire ou du paiement mensuel au titre de votre ligne de crédit. Les prestations sont payables pendant un maximum de 24 mois pour toute période d'invalidité. Elles sont aussi limitées à un maximum de 48 mois pendant toute la durée de la protection.

- En ce qui a trait aux demandes de règlement d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie terminale, si la demande est approuvée, la prestation est payable en une somme forfaitaire à la Banque Scotia une fois l'évaluation de la demande terminée.
- À la réception des formulaires de demande de règlement initiaux et après l'examen initial, la Canada Vie vous informera par écrit de l'état de votre demande de règlement et de tout autre renseignement requis, le cas échéant, pour terminer l'évaluation de la demande.
- Vous devez poursuivre les paiements requis aux termes de votre prêt auprès de la Banque Scotia jusqu'à ce qu'une décision soit rendue à l'égard de la demande de règlement.
- La trousse de demande de règlement dûment remplie, les documents médicaux requis et la déclaration relative au prêt financier qui vous a été fournie par la banque peuvent être transmis à :

Service de l'assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
330, avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur : 416 552-6557 ou 1 844 870-0176
Courriel : SCOTIACLMS@canadalife.com

Si vous avez des questions sur la façon de remplir les formulaires, veuillez communiquer avec nous au 1 800 387-2671.

Page 1 de 5

TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

Assurance-vie Maladie grave Maladie terminale Invalidité Perte d'emploi

Police d'assurance prêt hypothécaire	Numéro du prêt hypothécaire	Solde du prêt hypothécaire (non requis pour les demandes de règlement d'assurance invalidité)	Police d'assurance marge de crédit	Numéro de la marge de crédit	Ligne de crédit Numéro de référence	Solde de la marge de crédit
		\$				\$
		\$				\$
		\$				\$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____ (jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____ (Numéro et rue)

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone résidentiel : _____ Numéro de téléphone cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Nom et adresse du médecin généraliste de l'assuré :

Nom et adresse de tout autre médecin ou de tout hôpital ayant vu l'assuré en consultation :

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom du demandeur : _____ Lien avec la personne décédée : _____

Date du décès de la personne décédée : _____ (jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse courriel : _____
(En caractères d'imprimerie)

REMARQUE : Si aucun médecin de famille n'a été indiqué ci-dessus pour l'assuré, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin ou de toute clinique sans rendez-vous que la personne décédée aurait consultés à votre connaissance. Dans certains cas, les dossiers médicaux provinciaux pourraient être demandés à la réception de la demande de règlement.

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Veuillez remplir la section Autorisation d'obtenir des renseignements au verso du présent formulaire.

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Dernier jour travaillé : (jj-mm-aaaa) _____ Date du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date présumée du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date à laquelle la maladie ou la blessure est devenue invalidante : (jj-mm-aaaa) _____

Date à laquelle le patient a été mis en arrêt de travail par un médecin : (jj-mm-aaaa) _____

Cause de l'invalidité : Maladie Accident

Endroit où l'accident s'est produit : Domicile Travail Ailleurs (veuillez préciser) : _____

Comment l'accident s'est-il produit?

Avez-vous déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire l'affection : _____

Si l'invalidité est attribuable à un accident de véhicule motorisé, veuillez fournir les renseignements suivants :

Étiez-vous : Conducteur Passager

Si vous étiez conducteur, étiez-vous sous l'effet de l'alcool / d'autres substances? Oui Non

Est-ce que des accusations ont été portées? Oui Non

Touchez-vous actuellement des prestations en raison de votre invalidité de l'un des organismes suivants ou deviendrez-vous admissible à de telles prestations :

Commission des accidents du travail RPC/RRQ
 Autre régime public (CAEC, etc.) Tout régime collectif

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ, MALADIES GRAVES, EN CAS DE MALADIE TERMINALE OU EN CAS DE PERTE D'EMPLOI – Autorisation accordée à un tiers : (En caractères d'imprimerie)

Si vous souhaitez désigner un représentant qui pourra correspondre avec la Canada Vie ou lui soumettre une demande de règlement en votre nom, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Il est entendu que la Canada Vie échangera des renseignements personnels à mon sujet avec mon représentant dans la même mesure qu'elle le ferait avec moi personnellement.

Nom du représentant : _____

Adresse : _____ Lien : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de l'assuré : _____ Signature de l'assuré : _____
(En caractères d'imprimerie)

Date : _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI : (En caractères d'imprimerie)

Veuillez fournir la liste de tous les employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des six (6) mois précédent votre mise à pied, ainsi que les périodes d'emploi et le nombre d'heures travaillées chaque semaine : (joignez une feuille si vous avez besoin de plus d'espace)

Nom de l'employeur _____

Date de début : (jj-mm-aaaa): _____ Date de fin : (jj-mm-aaaa): _____

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine: _____

Nom de l'employeur _____

Date de début : (jj-mm-aaaa): _____ Date de fin : (jj-mm-aaaa): _____

Nombre total d'heures travaillées chaque semaine: _____

Veuillez également joindre à votre Demande de règlement et à la Déclaration de l'employeur une copie du relevé d'emploi soumis à Développement des ressources humaines Canada et une copie de tout relevé de prestations d'assurance-emploi que vous avez reçu jusqu'à présent.

AUTORISATION D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS – À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) :

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissions et respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels. Ce dossier est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie. La Canada Vie peut faire appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux employés de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur votre demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

J'autorise la Canada Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout prestataire de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur des programmes d'État ou de tout autre programme de garanties, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, ainsi que tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec toute personne physique ou morale précitée à échanger des renseignements personnels, dont les rapports de consultation, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

Je comprends que la Canada Vie requiert les renseignements personnels pour administrer le régime collectif, notamment aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus d'accorder mon consentement peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé : _____ Date : _____
(En caractères d'imprimerie) (jj-mm-aaaa)

À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) : _____

À noter : Si vous signez en tant que représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous exercez ce rôle (au besoin, une preuve d'autorisation peut être requise).

Exécuteur/Liquidateur/Administrateur successoral Mandataire Coemprunteur Autre _____
(Veuillez préciser)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Demandes de règlement, Assurance créances
330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur : 416 552-6557 ou 1 844 870-0176 Courriel : SCOTIAACLMS@canadalife.com

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR – Doit être remplie par votre employeur actuel

Adresse postale de l'employeur (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Date du début de l'emploi (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)		
Raison de l'arrêt de travail			
En cas de mise à pied, date à laquelle l'employé a été avisé (jj-mm-aaaa)			
Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)		
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	OU	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	
L'employé a-t-il touché une indemnité de cessation d'emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Profession occupée au dernier jour de travail		
Dans l'affirmative, date à laquelle cette indemnité prend fin (jj-mm-aaaa)			
S'il s'agit d'un travail saisonnier, fournissez les dates d'emploi (jj-mm-aaaa) : _____			
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel			
Précisez le nombre d'heures travaillées par semaine :	Du :	Au :	
S'il s'agit d'une demande de règlement en cas d'invalidité, expliquez brièvement les tâches liées à l'emploi ainsi que les exigences physiques (p. ex. le temps passé debout, se pencher, soulever des objets, etc.) Veuillez fournir une copie de la description de poste.			
Une demande de règlement a-t-elle été soumise à la commission des accidents du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative, fournissez l'adresse du bureau.			

Exigences physiques de l'emploi au moment de l'invalidité

Veuillez sélectionner ou encercler les chiffres appropriés ci-dessous pour chaque tâche devant être effectuée dans le cadre de l'emploi

0 - jamais effectuée 2 - effectuée à l'occasion, moins d'une heure par jour 4 - exigence maximale, plus de trois heures par jour
1 - parfois effectuée 3 - effectuée de façon fréquente ou répétitive, pendant une à trois heures par jour

Rester assis	0 1 2 3 4	Saisir des objets	0 1 2 3 4
Rester debout	0 1 2 3 4	Taper à l'ordinateur	0 1 2 3 4
Marcher	0 1 2 3 4	Grimper	0 1 2 3 4
Se pencher	0 1 2 3 4	Soulever une charge	0 1 2 3 4
S'agenouiller	0 1 2 3 4	Tirer	0 1 2 3 4
Porter une charge	0 1 2 3 4	Pousser	0 1 2 3 4
Tendre les bras pour prendre une charge :		Soulever, porter, pousser ou tirer une charge de :	
Au-dessous des épaules	0 1 2 3 4	0 à 10 lb	0 1 2 3 4
Au-dessus des épaules	0 1 2 3 4	10 à 25 lb	0 1 2 3 4
		25 à 50 lb	0 1 2 3 4
		Plus de 50 lb	0 1 2 3 4

Nom de la compagnie d'assurance (autre que la commission des accidents du travail) fournissant une protection d'assurance invalidité collective à vos employés. Veuillez indiquer le numéro de la police et le nom du responsable.

Compagnie d'assurance	Responsable	Numéro de téléphone

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de notre organisation.

Nom du représentant autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre	Numéro de téléphone
Signature du représentant autorisé	Date (jj-mm-aaaa)	

Retourner à l'employé

Page 5 de 5

328-DI CAN(F)-11/25

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

^{MD} Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

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 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 25%;">Nom du médicament</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Posologie (mg)</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Fréquence</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Indiquez vos :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Taille : _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Poids : _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Main dominante :</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :	1. _____	_____	_____	Taille : _____	2. _____	_____	_____	Poids : _____	3. _____	_____	_____	Main dominante :	4. _____	_____	_____	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>	5. _____	_____	_____		
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :																									
1. _____	_____	_____	Taille : _____																									
2. _____	_____	_____	Poids : _____																									
3. _____	_____	_____	Main dominante :																									
4. _____	_____	_____	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>																									
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 <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>																												

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) : _____

Traitements

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 frappé de restrictions ou révoqué par 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 influer 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		