



**Demande de prestations d'assurance-invalidité**  
**Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant**  
**N° de police 12500-G**

PROTÉGÉ *une fois rempli*

**Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)**

8. Avez-vous un permis de conduire valide?  Non  
 Oui

Si vous avez dû restreindre l'utilisation que vous faites de votre véhicule en raison de votre maladie ou blessure, veuillez expliquer dans quelle mesure. Veuillez également indiquer quels moyens de transport vous utilisez lorsque vous sortez (c.-à-d., véhicule personnel, transport en commun, taxi, etc.).

---



---

9. Indiquez le nom et l'adresse de tous les médecins consultés relativement à votre maladie ou blessure actuelle.

Nom du médecin	Adresse	Dates de consultation

**Vos antécédents médicaux généraux (Au besoin, utilisez d'autres feuilles et joignez-les à la présente.)**

1. Énumérez tous les médecins consultés au cours des cinq dernières années.

Nom du médecin	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Traitement prescrit (médicaments, diètes, etc.)	Date de consultation ou de traitement

2. Veuillez énumérer le nom et l'adresse de tous les centres hospitaliers où vous avez reçu des traitements au cours des cinq dernières années, y compris tout type d'intervention chirurgicale.

Nature de la maladie ou de la blessure	Date de consultation ou d'hospitalisation	Traitement ou intervention chirurgicale (médicaments, diètes, etc.)	Nom et adresse des centres hospitaliers

Si, à la suite d'une de ces maladies ou blessures antérieures, on vous a conseillé de modifier vos activités personnelles ou professionnelles, veuillez décrire la nature de ces changements :

**Déclaration, autorisation et signature de l'employé**

- Je certifie que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.
- J'autorise mon médecin, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et toute personne (ou organisation) qui possède des renseignements personnels pertinents me concernant, y compris les professionnels de la santé et les établissements de santé, les agences d'enquête, les assureurs et les personnes offrant des services au nom de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, d'échanger les renseignements requis à la souscription d'une assurance, à l'administration des demandes de prestations ou au paiement de prestations.
- Je consens à ce qu'une enquête soit menée à mon sujet dans le cadre de cette demande de prestations.
- Je suis d'accord qu'une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original.

Signature de l'employé	Date
------------------------	------

**Demande de prestations d'assurance-invalidité**  
**Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant**  
**N° de police 12500-G**

PROTÉGÉ *une fois rempli*

**PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

**Antécédents médicaux**

Veuillez remplir ce formulaire le plus rapidement possible pour éviter tout délai de paiement des prestations auxquelles l'employé est peut-être admissible. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée l'« Assureur ») utilisera les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer l'admissibilité de l'employé à des prestations d'assurance-invalidité. En répondant aux questions suivantes de façon précise et détaillée, vous aiderez l'Assureur à prendre une décision juste. L'Assureur peut vous demander des renseignements à jour sur l'état de santé et la condition physique de l'employé pour analyser ses progrès et évaluer son potentiel de retour au travail. Si vous exigez des honoraires pour remplir ce formulaire, l'employé en assumera les frais.

<b>1.</b>	À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois relativement à cette maladie ou blessure?	Jour	Mois	Année
		/ /		
<b>2.</b>	À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la dernière fois relativement à cette maladie ou blessure?	Jour	Mois	Année
		/ /		
<b>3.</b>	Avez-vous recommandé que le patient cesse de travailler? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Jour	Mois	Année
	Si oui, à compter de quelle date?	/ /		
<b>4.</b>	À quelle fréquence le patient vous consulte-t-il? <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____			
<b>5.</b>	La maladie ou la blessure du patient est-elle attribuable à un accident?  Veuillez donner des détails sur l'accident et en indiquer la date. _____ _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>6.</b>	Décrivez les symptômes pertinents, leur gravité, leur durée et leur incidence sur l'invalidité signalée par le patient (y compris la capacité de travailler du patient). _____ _____			
<b>7.</b>	À quelle date sont apparus les premiers symptômes?	Jour	Mois	Année
		/ /		
<b>8.</b>	Le patient a-t-il déjà présenté un état semblable ou connexe?  _____ _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Si oui, veuillez indiquer à quel moment et décrire l'état.		
<b>9.</b>	L'état est-il attribuable à une blessure ou à une maladie professionnelle?  _____ _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui    Si oui, veuillez expliquer.		
<b>10.</b>	L'état est-il attribuable ou relié à une grossesse?  _____ _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Si oui, Indiquez les dates de la période d'allaitement.		
	Du	Jour	Mois	Année
		/ /		
	au	Jour	Mois	Année
		/ /		
<b>11.</b>	Dans quelle mesure le patient doit-il restreindre ou limiter ses activités en raison de son état? _____ _____ _____			



**Demande de prestations d'assurance-invalidité**  
**Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant**  
**N° de police 12500-G**

PROTÉGÉ *une fois rempli*

**Traitement (suite)**

**4.** Le patient a-t-il fait l'objet de counseling ou de psychothérapie?  Non  Oui Si oui, indiquez la fréquence et la durée des séances. (Veuillez joindre une copie des rapports.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.** Le patient a-t-il reçu des services de physiothérapie ou de chiropractie?  Non  Oui Si oui, indiquez la fréquence et la durée des séances. (Veuillez joindre une copie des rapports.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.** Quels autres soins thérapeutiques ont été ou sont administrés?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7.** Veuillez décrire le résultat de chaque thérapie administrée à ce jour.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8.** Dans quelle mesure le patient a-t-il été fidèle au programme thérapeutique? Veuillez indiquer les facteurs qui peuvent avoir empêché le patient de le respecter.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9.** Veuillez indiquer le nom et la spécialité des médecins et des professionnels de la santé consultés, tels que les psychologues, ainsi que les dates de consultation. (Veuillez joindre les notes de consultation disponibles.)

Nom et adresse	Spécialité	Dates de consultation

**État cardiaque** (veuillez remplir cette section le cas échéant.)

**1.** Quelle est la capacité fonctionnelle (selon la classification de l'American Heart Association)? Si la capacité fonctionnelle du patient est de classe 3 ou 4, veuillez inclure une copie des résultats de l'épreuve d'effort ou de l'électrocardiogramme.

Classe 1 (aucune limitation)  Classe 2 (légère limitation)

Classe 3 (limitation marquée)  Classe 4 (limitation complète)

**2.** Quelle est la plus récente lecture de la tension artérielle du patient?

/

**3.** Date du relevé de la tension artérielle : Jour      Mois      Année

/      /      /



**Demande de prestations d'assurance-invalidité**  
**Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant**  
**N° de police 12500-G**

PROTÉGÉ *une fois rempli*

**Renseignements supplémentaires**

- |           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>1.</b> | À votre avis, le patient présente-t-il des restrictions physiques ou mentales qui pourraient l'empêcher de s'occuper de ses affaires financières?<br><br>Si oui, donnez des détails sur ces restrictions physiques ou mentales.<br><br>_____<br><br>_____ | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui |
| <b>2.</b> | Aimeriez-vous communiquer ultérieurement avec le directeur médical de l'Assureur?   | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui |
| <b>3.</b> | Vous serait-il utile de parler avec le spécialiste en matière de réadaptation représentant l'Assureur?  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui |

**Renseignements personnels concernant le médecin**

Nom (en lettres moulées)		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Spécialité	N° de téléphone (     )	N° de télécopieur (     )

**Signature du médecin**

Signature	Date
-----------	------

Pour assurer la confidentialité de ce document, veuillez faire parvenir ce formulaire au bureau des demandes de prestations de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, dont l'adresse est indiquée ci-dessous :

Bureau de gestion du régime collectif d'assurance-invalidité de Montréal  
Régime d'assurance-invalidité du gouvernement fédéral  
Case postale 12500 Station CV  
Montréal (Québec) H3C 5T6

Les renseignements requis dans ce formulaire sont donnés de façon volontaire. Les renseignements sont recueillis par l'Assureur à des fins d'administration et d'évaluation des demandes de prestations en vertu du Régime d'assurance-invalidité. L'Assureur doit obtenir ces renseignements pour prendre une décision à l'égard de cette demande de prestations. Un formulaire non rempli peut entraîner le rejet de votre demande de prestations d'assurance-invalidité. Tous les renseignements fournis sont strictement confidentiels et ne seront utilisés que par l'Assureur dans le cadre du Régime d'assurance-invalidité.