



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier :

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.



DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PHYSIQUE

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance AAAA MM JJ
---------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____ 2.2 Secondaire : _____

2.3 Complications : _____

2.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :

reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens

Précisez les périodes : _____

2.5 L'incapacité est-elle reliée à :

<input type="checkbox"/> Un accident	<input type="checkbox"/> Une maladie	Date de l'événement : AAAA MM JJ
<input type="checkbox"/> Un accident du travail	<input type="checkbox"/> Un accident d'automobile	
<input type="checkbox"/> Une grossesse	<input type="checkbox"/> Un retrait préventif	

Date prévue de l'accouchement :
AAAA MM JJ

2.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité : AAAA MM JJ : _____

Actuellement : _____

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

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

a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____

b) une opération Non Oui D'un jour Type : _____ Date : AAAA MM JJ

Intervention chirurgicale : _____

c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____

d) une hospitalisation : Du AAAA MM JJ Au AAAA MM JJ Nom de l'hôpital : _____

e) un court séjour en observation Non Oui N^{bre} d'heures : _____

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : AAAA MM JJ Prochaine consultation : AAAA MM JJ

4.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____

4.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____

Spécialité du médecin : _____

4.4 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : AAAA MM JJ

4.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____

À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : () - Télécopieur : () -

6.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature :

Date :

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier :

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.



DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance AAAA MM JJ
---------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____

2.2 Secondaire : _____

2.3 Symptômes actuels : _____

2.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques

2.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

À la vie conjugale ou familiale À la perte d'un emploi ou à une mise à pied À des problèmes professionnels

À des problèmes personnels ou interpersonnels À la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu

Autres Précisez : _____

2.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :

reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens

Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

3.2 Le patient consulte-t-il : Un psychiatre Un psychologue Un travailleur social Un autre intervenant de la santé

Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____

3.3 Hospitalisation : Du : AAAA MM JJ Au : AAAA MM JJ Nom de l'hôpital : _____

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : AAAA MM JJ Prochaine consultation : AAAA MM JJ

4.2 Autres dates de consultations : _____

4.3 Fréquence du suivi : _____

4.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____

4.5 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : AAAA MM JJ

4.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____

À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

6.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature :

Date :

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.