

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT SERVICE D'INTERVENTION RAPIDE ASSURANCE COLLECTIVE

ADRESSE POSTALE

 Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
 Réclamations invalidité
 1900 Albert Street
 Regina (Saskatchewan) S4P 4K8

Téléc. : 1-866-889-9926

DIRECTIVES

Note importante : Veuillez remplir la déclaration du médecin traitant appropriée, d'après le diagnostic primaire de votre patient. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. La présentation du mauvais formulaire pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de votre patient.

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

 Participant _____
Prénom Initiale Nom de famille

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

Nom de l'employeur ou du promoteur _____ Téléphone (_____) _____

 Date de naissance _____ Taille _____ Poids _____
JJ/MMM/AAAA

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, l'organisme de règlement et mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer un formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour remplir le formulaire. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

 Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

- **Si votre patient a repris le travail ou si le retour au travail est prévu dans les 6 semaines suivant le dernier jour travaillé, veuillez remplir la section 2 et apposer votre signature au bas du formulaire.**
- **Pour toute absence de plus de 6 semaines, veuillez remplir toutes les sections.**
- **Joindre les résultats de tests ainsi qu'une copie des notes rédigées dans votre cabinet et des rapports de consultation.**

DIAGNOSTIC :

Primaire _____

Secondaire _____

Symptômes (précisez la gravité, la fréquence et la durée) _____

 Date de l'apparition des premiers symptômes ou de l'accident _____
JJ/MMM/AAAA

 L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie ou d'une blessure survenue dans le cadre de l'emploi? Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez : _____

 Dans le cas d'une grossesse, date prévue de l'accouchement _____
JJ/MMM/AAAA

 Date de la première consultation pour l'affection actuelle _____
JJ/MMM/AAAA

 Le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire? Oui Non Ne sais pas

Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

 L'affection est-elle considérée comme chronique? Oui Non

Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? _____

 Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle _____
JJ/MMM/AAAA

Nom du médicament	Posologie	Date de début <small>JJ/MMM/AAAA</small>	Raison du changement de médication, s'il y a lieu

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Physiothérapie : Oui Non Si oui, précisez la fréquence : quotidienne 3 fois par semaine hebdomadaire autre _____

Indiquez les dates d'hospitalisation : Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Du _____ au _____ Nom de l'établissement _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Chirurgie : Oui Non Si oui, précisez le type d'intervention _____ Date: Effectuée Prévüe _____
JJ/MMM/AAAA

Pronostic quant au progrès et au rétablissement (avec mention des dates) _____

Quels sont les objectifs de retour au travail qui ont été discutés avec votre patient? _____

Si votre patient n'est pas en mesure de reprendre ses fonctions habituelles, veuillez préciser à quel moment et à quelles conditions il pourra retourner au travail (p. ex. fonctions modifiées, retour progressif au travail) _____

3. ABSENCES DE PLUS DE 6 SEMAINES

Examens (ECG, radiographies, tests de laboratoires, etc.)	Date des examens JJ/MMM/AAAA	Résumé des résultats (Joindre une copie de tous les rapports disponibles)

D'autres examens sont-ils prévus? Oui Non Si oui, indiquez la nature et la date des examens _____

Tension artérielle _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient? Chaque semaine Aux deux semaines Chaque mois

Date de la dernière consultation _____ Date de la prochaine consultation _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Fournisseurs de soins	Spécialité	Date des examens JJ/MMM/AAAA

Avez-vous l'intention de diriger le patient vers un autre spécialiste ou le patient est-il en attente d'une consultation avec un autre spécialiste?

Oui Non Précisez _____

Y a-t-il d'autres traitements ou projets de traitement à venir? (Indiquez les dates) _____

Durée prévue du programme de traitement _____

Réponse du patient au traitement _____

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Si non, précisez _____

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession? Oui Non

Quelles restrictions et limitations s'appliquent actuellement à votre patient?

Physiques _____

Psychiatriques/cognitives _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Ces limitations ou restrictions médicales empêchent-elles votre patient d'exercer toute autre forme d'activités, y compris les activités de la vie quotidienne? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Le patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Oui Non

Le patient s'est-il vu retirer son permis de conduire en raison de son affection, ou son permis a-t-il été restreint? Oui Non

Existe-t-il d'autres facteurs sociaux ou autres qui pourraient avoir une influence sur la convalescence de votre patient et son retour au travail?

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

4. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité de l'assuré. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourrait y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées.

Médecin traitant (en lettres moulées) _____

Spécialité autorisée _____ Médecin de famille Oui Non

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Étampe du médecin

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de courriel

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca