



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

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



Par courrier :

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697

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 :
☐ Un accident ☐ Une maladie
☐ Un accident du travail ☐ Un accident d'automobile
☐ Une grossesse ☐ Un retrait préventif

Date de l'événement : _____ AAAA MM JJ
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 :

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697

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 : Nbre de jours : _____ Nbre 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? Nbre de jours : _____ Nbre 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.