

Guide de l'employé pour faire une  
**Demande de prestations d'invalidité**  
et  
**Demande de prestations d'invalidité de  
courte durée – assurance collective**



SERVICE DE GESTION D'INVALIDITÉ DE RWAM  
Une division de RWAM, ADMINISTRATEURS D'ASSURANCE

*Faire une demande de prestations d'invalidité peut paraître compliqué. Ce guide a été conçu pour vous aider dans ce processus et donner des réponses aux questions les plus fréquentes. Nous vous recommandons (l'employé) de conserver ce guide à titre de référence.*

## Quelles sont les conditions à remplir pour toucher des prestations d'invalidité de courte durée (ICD) ?

Les prestations d'ICD servent à remplacer une partie de votre salaire au cours de la période de temps pendant laquelle vous êtes incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure et vous sont versées jusqu'à ce que vous repreniez le travail.

Pour avoir droit à des prestations d'ICD, vous devez être un employé admissible assuré, respecter la définition d'invalidité totale de votre régime d'assurance collective, accomplir le délai de carence, et d'autre part remplir les conditions de la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

Votre demande de prestations d'invalidité ne vous donne pas automatiquement le droit de recevoir des prestations, pour des raisons qui seront exposées plus loin dans ce guide.

## Comment puis-je faire ma demande de prestations d'ICD ?

Dès que vous cessez de travailler, assurez-vous que les trois sections de la demande ci-jointe sont entièrement remplies et soumises au Service de gestion d'invalidité de RWAM.

Veillez l'envoyer par courriel à : [csr-disability@rwam.com](mailto:csr-disability@rwam.com), par télécopieur au : 519-669-5135, ou par courrier à : 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1.

La déclaration de l'employé doit être remplie au complet et signée par vous-même ; la déclaration de l'employeur doit être remplie par votre employeur/administrateur de régime ; et la déclaration du médecin traitant doit être remplie et signée par votre médecin traitant. *Vous n'êtes pas obligé de partager des renseignements médicaux confidentiel avec votre employeur.* Vous pouvez soumettre les sections Déclaration de l'employé et Déclaration du médecin traitant remplies du formulaire directement au Service de gestion d'invalidité de RWAM.

Veillez demander à votre médecin de donner autant de renseignements pertinents que possible, tels que des copies des documents suivants :

1. Les résultats de tests (analyses de sang, radiographies, tomographies, tests psychologiques) ;
2. les notes de dossier de votre médecin ;
3. les rapports de consultation des spécialistes ;
4. les résumés d'admission à et de sortie de l'hôpital, et les protocoles opératoires ; et
5. tous les autres renseignements applicables à votre demande de prestations.

*Sauf lorsque cela est interdit par la loi, les honoraires demandés par votre médecin pour remplir des formulaires ou rédiger des rapports sont à votre charge.*

## Que faire si j'ai fait une demande de prestations auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CAT/CSST) ?

Vous devez tout de même soumettre à votre employeur le formulaire de demande de prestations d'invalidité rempli en vertu de votre régime d'assurance collective ainsi que tout autre document d'appui dans les délais prescrits, comme vous auriez fait si vous n'aviez pas fait de demande auprès de la CAT/CSST. Ainsi, nous aurons reçu votre demande à temps, au cas où votre demande à la Commission de la santé et de la sécurité du travail serait refusée ou le versement de ses prestations cesserait.

Aux termes de la plupart des régimes, les prestations de la CAT/CSST doivent être déduites des prestations d'invalidité. Si vous avez droit à des prestations de la CAT/CSST, veuillez aviser notre bureau afin que nous puissions recalculer le montant des prestations que nous vous versons. Si nous vous avons versé des prestations en trop, vous devrez nous rembourser.

## Que se passe-t-il après la soumission de ma demande de prestations d'invalidité de courte durée ?

Votre demande sera étudiée aussi rapidement que possible. RWAM confirme que vous êtes un employé admissible assuré en vérifiant que :

- vous êtes membre du régime d'assurance collective ;
- les primes sont réglées ; et
- vous étiez toujours employé et effectivement au travail avant de faire votre demande de prestations d'invalidité.

Une fois votre couverture confirmée, nous étudions tous les renseignements soumis, y compris les documents médicaux et la description des fonctions de votre poste, afin de déterminer si vous êtes frappé « invalidité totale », tel que stipulé dans la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

Votre demande sera retardée si nous ne recevons pas suffisamment de renseignements. Dans ce cas, nous vous aviserons du retard et il se peut que nous vous demandions de nous aider à obtenir plus de renseignements.

Une fois votre demande approuvée, un chèque et une Explication des prestations adressés à vous personnellement dans une enveloppe scellée confidentielle vous seront envoyés par l'intermédiaire de votre employeur.

### Que puis-je faire pour éviter de retarder la décision sur ma demande de prestations ?

1. Assurez-vous que tous les formulaires sont remplis en entier et signés.
2. Donnez des détails supplémentaires sur tous les éléments, tant au travail que chez vous, qui pourraient influencer votre capacité de travailler.
3. Demandez à votre employeur de remettre à votre médecin et nous votre description d'emploi la plus récente ainsi qu'une analyse de chacune des tâches de votre poste.
4. Demandez à votre médecin d'inclure tous rapports de spécialiste, les résultats de toute analyse, ainsi que tout autre renseignement médical. Si nous ne recevons pas suffisamment de renseignements clairs, nous devons correspondre avec votre médecin pour obtenir les renseignements nécessaires et ceci pourrait entraîner un retard de votre demande de prestations.
5. Fournissez des copies de tous dossiers de la CAT/CSST, de la Commission de l'Assurance-emploi, du RPC ou de la RRQ, d'assurance automobile ou de toute autre demande de prestations, si vous avez fait une demande auprès ou vous recevez des prestations de ces autres sources.

### Comment et quand se font les versements de mes prestations d'ICD ?

La plupart du temps, les prestations commencent d'après le jour « payable » de maladie, d'accident, ou d'hospitalisation, tel qu'indiqué dans le Barème de prestations d'ICD de votre livret d'employé.

Les prestations vous sont versées toutes les deux semaines. La pratique normale est de vous envoyer les chèques et les explications de prestations adressés à vous personnellement dans une enveloppe scellée confidentielle par l'intermédiaire de votre employeur qui vous les remettra. Cette méthode vous permet de rester en rapport avec votre milieu de travail pendant votre absence et le contact régulier avec votre employeur peut faciliter les projets de votre retour au travail. Dans certains cas, un service de Transfert électronique de fonds (TEF), qui permet un dépôt direct de vos prestations d'ICD directement dans votre compte en banque personnel autorisé, peut être mis en place dans les trois à cinq jours ouvrables, dépendant des instructions/autorisations fournies à RWAM.

Les versements de prestations cessent lorsque :

1. les renseignements médicaux indiquent que vous n'êtes plus atteint d'invalidité totale ; et,
2. vous avez suffisamment recouvré la santé pour pouvoir reprendre le travail en sécurité. Selon votre régime d'assurance collective, vous pourriez avoir droit à des prestations ajustées (réadaptation) si, au début, vous devez reprendre le travail en vertu d'un programme de réadaptation approuvé ; et,
3. la période d'indemnisation maximale stipulée dans votre livret de l'employé s'est écoulée.

### Pourquoi devrais-je soumettre des renseignements médicaux supplémentaires une fois ma demande de prestations approuvée ?

Nous demandons des mises à jour périodiques et des preuves de la continuation de votre invalidité totale. Nous pourrions vous envoyer des formulaires, ainsi qu'à votre médecin, que nous vous demanderions de remplir. Dans certains cas, nous écrivons directement à votre médecin.

La fréquence de ces rapports dépendra de la nature de votre condition et de la définition d'invalidité totale de la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

### Réadaptation et retour au travail en toute sécurité

Si votre demande de prestations est approuvée, nous pourrions nous mettre en rapport avec vous afin de discuter de votre retour au travail. Tout le monde profite de votre retour au travail en toute sécurité et sans délai. S'il y a lieu, un chargé de dossiers de notre Service de gestion d'invalidité s'entend avec vous, votre employeur et votre médecin sur un horaire de travail adapté à votre situation.

### Pourquoi refuserait-on ma demande de prestations ?

Votre demande sera refusée si vous n'avez pas droit à la couverture, s'il est jugé que les renseignements médicaux n'appuient pas votre invalidité totale, ou si vous n'êtes autrement pas admissible à une couverture en vertu de la garantie d'ICD du régime d'assurance collective.

Des recherches ont montré que pour certaines conditions médicales, il est possible et avantageux de rester au travail pendant un traitement actif et qu'une telle approche peut en fait raccourcir la période de récupération.

Les absences en raison de la pression et des tensions que vous pouvez ressentir au travail en raison de facteurs tels que les relations difficiles avec des collègues, l'augmentation de la charge de travail et des exigences du travail, les mesures prises par les employeurs de bonne foi, telles que la discipline, l'évaluation du travail, le transfert, la mise à pied, la rétrogradation ou la cessation d'emploi sont généralement considérés comme une partie normale de la situation de travail et non comme une base pour une « invalidité totale » (c'est-à-dire incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure).

Si votre demande de prestations est refusée, le Service de gestion d'invalidité de RWAM vous enverra directement une lettre confidentielle vous expliquant les raisons du refus. Votre employeur sera informé de la situation de votre demande de prestations sous pli séparé excluant toutes raisons médicales confidentielles.

### Confidentialité

Votre employeur a le droit de savoir que vous avez fait une demande de prestations d'ICD, et d'être informé de certains renseignements essentiels tels que la situation de votre demande, votre capacité de faire votre propre travail et toutes limitations dont il devrait être au courant afin de vous procurer un travail modifié.

RWAM s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cours nécessaire de ses affaires. RWAM se conformera aux lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en sa possession. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques de la protection de la vie privée de RWAM, veuillez vous reporter à votre Livret de l'employé, demander une copie de notre brochure sur la protection de la vie privée, ou consulter notre site Web au [www.rwam.com](http://www.rwam.com).

### Et si j'ai d'autres questions ?

Veuillez consulter votre Livret de l'employé, y compris le Barème de prestations d'Invalidité de courte durée et les détails donnés dans la section concernant l'ICD. L'administrateur de votre régime ou notre Service des règlements, au 1-877-888-RWAM (7926), sont à votre disposition pour répondre à vos questions ou vous aider avec votre demande de prestations. Citez toujours vos numéros d'assurance collective et de certificat personnel de RWAM afin de nous aider à mieux vous servir.



Soumettre à **Service de gestion d'invalidité de RWAM**  
 Une division de RWAM, Administrateurs d'assurance  
 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1  
 1-877-888-7926 519-669-1632 Téléc. 519-669-5135  
 Courriel : [csr-disability@rwam.com](mailto:csr-disability@rwam.com)

## DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE Déclaration de l'employeur

(La Déclaration de l'employeur ne doit **pas** être remplie par le demandeur)

En caractères d'imprimerie s.v.p.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de l'employé Nom de famille	<input type="radio"/> Mlle.	<input type="radio"/> M.	<input type="radio"/> Mme.	<input type="radio"/> Mad. Prénom	<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	N° de régime RWAM	N° de division	N° de certificat
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Si le demandeur a 60 ans ou plus, une copie de son certificat de naissance doit être jointe à la Déclaration de l'employé				NAS (pour les régimes imposables uniquement)			
N° et rue App.		Ville			Province		Code postal		
N° de téléphone					Courriel				
Profession (Indiquer le poste occupé juste avant l'arrêt de travail de l'employé)					Donner une brève description des tâches – Joindre une copie de la description de poste				

### COUVERTURE / RENSEIGNEMENTS SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

Date d'emploi (jj/mm/aaaa)	Date à laquelle l'employé a été assuré par l'assurance ICD par l'intermédiaire de RWAM (jj/mm/aaaa)	Date à laquelle l'employé a été assuré par l'assurance ICD par un assureur précédent (jj/mm/aaaa)
<input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> À l'heure <input type="radio"/> Contrat (joindre une copie du contrat)	<input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel	Catégorie/Groupe/Affiliation syndicale à laquelle appartient l'employé (s'il y a lieu)
Heures normales de travail par semaine avant l'arrêt de travail (sans les heures supplémentaires)		
Horaire normal de travail de l'employé (c.-à-d. lundi-vendredi/jours/fins de semaine/quarts de nuit)		
Dernière date de travail (jj/mm/aaaa)	Date : Retour au travail (jj/mm/aaaa)	Retour anticipé (jj/mm/aaaa)
		S'il y a lieu, date de l'arrêt de travail (jj/mm/aaaa) <b>(prière de joindre des détails/raisons de l'arrêt ou de la mise à pied)</b>
Le trouble médical de l'employé est-il relié à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Dans l'affirmative, l'employé a-t-il fait une demande d'indemnités d'accident du travail auprès de la CAT/CSST ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Dans la négative, prière de donner des détails/raisons :		
<i>Note : Si la maladie/blessure de l'employé est supposée être reliée au travail, une demande doit être soumise à la CAT/CSST en plus de faire une demande en vertu de ce régime d'assurance collective.</i>		
Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employé ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Nombre de semaines prévu avant possibilité de retour au travail _____ semaines		
Dans l'affirmative, le retour au travail est prévu à : <input type="radio"/> Propre profession - Temps plein, date _____ Temps partiel, date _____		
<input type="radio"/> Nouvel emploi/fonctions - Temps plein, date _____ Temps partiel, date _____		
Dans la négative, prière d'expliquer (joindre les détails si nécessaire)		

### RENSEIGNEMENTS SUR LES GAINS / AVANTAGES SOCIAUX

Indiquer le taux actuel du revenu brut gagné _____ \$ <input type="radio"/> Par heure <input type="radio"/> Par semaine <input type="radio"/> Toutes les 2 semaines <input type="radio"/> Par mois <input type="radio"/> Annuellement	Date à laquelle le taux actuel de revenu brut gagné est entré en vigueur (jj/mm/aaaa)	Crédit d'impôt personnel actuel par formulaire fédéral TD1 _____ \$ (joindre le TD1)
Une partie de la prime est-elle payée par le titulaire de la police/l'employeur ? <input type="radio"/> Oui (imposable) <input type="radio"/> Non (non imposable)		
S'il s'agit de prestations non imposables, indiquer le revenu net actuel du demandeur _____ \$ (après les déductions d'impôt involontaires) <input type="radio"/> Par semaine <input type="radio"/> Toutes les 2 semaines <input type="radio"/> Par mois <input type="radio"/> Annuellement (Veuillez joindre une copie du dernier bulletin de paie)		
Autre revenu : <input type="checkbox"/> Prestations de maladie <input type="checkbox"/> Prestations de la CAT/CSST <input type="checkbox"/> Prestations de l'assurance automobile <input type="checkbox"/> Prestations de maladie de l'A.E. gouvernementale <input type="checkbox"/> Autre _____		
Montant \$ par _____ (jj/mm/aaaa) De _____ (jj/mm/aaaa) à _____ (jj/mm/aaaa)		

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR / LE RÉGIME

Nom de l'employeur/du régime	Nom du superviseur/directeur immédiat de l'employé
N° et rue App.	Ville Province Code postal
Adresse	
Téléphone #	N° de téléc. Courriel
_____ Signature	Rempli par : Nom
	Titre
	Date



En caractères d'imprimerie s.v.p.

Nom de l'employé \_\_\_\_\_

N° de groupe \_\_\_\_\_ certificat \_\_\_\_\_

# DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE Déclaration de l'employé

## RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Indiquer quelle est votre profession et donner une brève description de vos tâches :

Encercler votre niveau de scolarité : <6 7 8 9 10 11 12 Postsecondaire :

Décrire votre état de santé actuel, ses causes et les antécédents médicaux

Date du premier traitement pour cette maladie/blessure (jj/mm/aaaa)	Cette condition médicale vous empêche de travailler depuis (jj/mm/aaaa)	Avez-vous tenté de reprendre le travail ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si "Oui", (jj/mm/aaaa)
--	--	---

Avez-vous déjà eu une blessure ou une maladie semblable auparavant ?  Oui  Non Dans l'affirmative, décrire votre état de santé et indiquer la date de la maladie ou de la blessure :

Dresser la liste de tous les médecins que vous avez consultés pour votre affection actuelle. **Joindre des copies de tous rapports de spécialistes disponibles :**

Nom du médecin	Adresse	Dates de consultation De à	Dates d'hospitalisation De à	Date du prochain rendez-vous

## RENSEIGNEMENTS SUR TOUTES AUTRES PRESTATIONS

Avez-vous fait une demande ou recevez-vous d'autres prestations, assurance-salaire, et/ou rente de retraite ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, prière de remplir la partie ci-dessous. **Y joindre des copies de toute correspondance/de tous talons de chèque que vous avez reçus :**

Genre de prestations	Montant	Fréquence	Date d'entrée en vigueur	N° de la demande
<input type="checkbox"/> CAT/CSST		\$ par		
<input type="checkbox"/> Assurance automobile		\$ par		
<input type="checkbox"/> AE <input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Chômage		\$ par		
<input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="radio"/> Invalidité <input type="radio"/> Retraite		\$ par		
<input type="checkbox"/> Autre _____ (par ex. recours légal)		\$ par		

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT – À ne remplir que si votre condition médicale est le résultat d'un accident ou d'une blessure

Date de l'accident/de la blessure Mois Jour Année	Heure de l'accident/de la blessure ..... h	L'employé était-il au travail pour l'employeur au moment de l'accident ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
--	---	---

Genre d'accident :  de travail ou professionnel  Auto/Véhicule automobile\*  Autre (par ex. chute non reliée au travail, coupure, etc.) \_\_\_\_\_

Donner des détails sur l'accident/la blessure : \_\_\_\_\_

\* S'il s'agissait d'un accident auto./de véhicule motorisé, prière de donner des détails sur les circonstances de l'accident :

- L'alcool était-il en cause ?  Oui  Non
- L'accident a-t-il été signalé à la police ?  Oui  Non Dans l'affirmative, joindre une copie du rapport de police
- Des accusations ont-elles été portées ?  Oui  Non Dans l'affirmative, contre qui ? \_\_\_\_\_
- Un tiers était-il responsable ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, avez-vous engagé des poursuites pour perte de revenu contre le tiers responsable ?  
 Oui – Donner des détails et/ou le nom de votre avocat-conseil \_\_\_\_\_  
 Non – Expliquer pourquoi vous n'avez pas intenté d'action en justice \_\_\_\_\_

## AUTORISATION ET CESSION DE DROITS DU DEMANDEUR

En considération des prestations d'invalidité qui m'ont été versées par RWAM, Administrateurs d'assurance, au nom de l'assureur de mon régime d'assurance invalidité (le « Payeur »), je consens par la présente à rembourser au Payeur, conformément aux termes de la police/des documents constituant le régime, toute somme d'argent qui pourrait m'être versée par un tiers conformément à toute stipulation de coordination, de réduction, de toutes sources, ou de tout autre remboursement en vertu d'un tel régime et qui pourrait être due au Payeur. Je cède irrévocablement à ces fins au Payeur, tous mes droits, titres et intérêts dans toutes telles sommes ainsi que dans tout produit du régime d'assurance collective.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie ou tout autre établissement qui fournit des soins de santé, l'administrateur du régime collectif ou ses agents, tout assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, régie ou agence gouvernementale, mon employeur et mes anciens employeurs, et toute autre personne, organisme ou institution détenant des renseignements personnels sur moi, et ce, tant sur le plan médical que sur mon historique d'emploi, mes dossiers d'employé et mes finances personnelles, à communiquer et à échanger avec RWAM, Administrateurs d'assurance (« RWAM »), ou leurs représentants autorisés respectifs, tous tels renseignements personnels pour l'une ou l'ensemble des fins suivantes : valider ma couverture, analyser et confirmer la justesse et le bien-fondé de ma demande, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande, évaluer ma capacité à retourner au travail et déterminer/faciliter tout programme d'intervention précoce approuvé et déterminer/faciliter tout plan de réadaptation/retour au travail approuvé et administrer le régime d'assurance collective et la couverture.

Au cas où je ne reprendrais pas le travail et ultérieur à cette demande de prestations d'invalidité de courte durée (ICD), je soumetts une demande de prestations en vertu de toute garantie d'Assurance invalidité de longue durée (ILD) en vertu de laquelle je peux être assuré. Je reconnais et j'autorise que l'on fournira un exemplaire complet du dossier de ma demande de prestations d'ILD détenu par RWAM à l'assureur d'ILD et que ledit dossier fera partie de mon dossier de demande d'ILD aux fins précitées.

Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon autorisation et ma cession de droits peut retarder l'adjudication de ma demande ou entraîner son refus. Je déclare que les renseignements fournis dans cette Déclaration de l'employé ou dans toute déclaration fournie lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à la présente demande sont/seront vrais, complets et exacts.

Cette autorisation et cession de droits demeureront valides pendant toute la durée du traitement de ma demande à moins que je les révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'employé  \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



Soumettre à **Service de gestion d'invalidité de RWAM**  
 Une division de RWAM, Administrateurs d'assurance  
 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1  
 1-877-888-7926 519-669-1632 Téléc. 519-669-5135  
 Courriel : csr-disability@rwam.com

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE  
 INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE  
 Déclaration du médecin traitant**  
 (Prière de répondre à toutes les questions)

En caractères d'imprimerie s.v.p.

**AUTORISATION DU PATIENT**

Nom du patient (En caractères d'imprimerie)	Date de naissance du patient	N° de groupe RWAM	N° de certificat Certificate
J'autorise la communication de tous renseignements demandés relativement à ma demande de prestations d'invalidité de courte durée à RWAM, Administrateurs d'assurance (« RWAM »). Au cas où je ne reprendrais pas le travail et ultérieurement à cette demande de prestations d'invalidité de courte durée, je soumetts une demande de prestations en vertu de toute garantie d'Assurance invalidité de longue durée (ILD) par laquelle je peux être assuré. J'autorise RWAM à fournir tous renseignements médicaux recueillis à l'assureur d'ILD.			
Signature du patient <b>X</b> _____		Date _____	

**NOTE : Le patient est responsable d'obtenir ce formulaire et de régler les frais pour le remplir, sauf dans les provinces régies par des règlements prévus par la loi.**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DIAGNOSTIC**

Diagnostic primaire	Diagnostic secondaire
Autres facteurs contributifs ou complications ?	
Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ?	
Dans le cas de grossesse, prière de donner la date prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> vaginal <input type="radio"/> césarienne
Le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection semblable ? <input type="radio"/> Ne sais pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », donner la <i>date originale</i> de la maladie/blessure et préciser	

**ÉTAT ACTUEL**

Date des premiers symptômes ou de l'accident (jj/mm/aaaa)	Date de l'arrêt de travail en raison de l'état du patient (jj/mm/aaaa)	Date de la première consultation pour l'état actuel (jj/mm/aaaa)
S'agit-il d'une maladie/blessure professionnelle, ou est-ce lié au travail de quelque façon que ce soit ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, donner des précisions		

**CONSTATATIONS SUBJECTIVES ET OBJECTIVES / EXAMENS**

Taille	Poids	Pression artérielle	Pouls
Limitations physiques et/ou psychologiques (par ex., restrictions physiques de l'amplitude des mouvements, de soulever des charges, etc. et/ou limitations reliées à des problèmes psychologiques/cognitifs)			
Troubles cardiaques (le cas échéant) <input type="radio"/> Catégorie 1 (aucune limitation) <input type="radio"/> Catégorie 2 (légère limitation) <input type="radio"/> Catégorie 3 (limitation prononcée) <input type="radio"/> Catégorie 4 (limitation complète)			
Diagnostic DSM-5 (le cas échéant) - joindre des copies des notes de dossier à partir de la première consultation jusqu'à maintenant		Psychothérapie/Counseling (le cas échéant)	
.....		Nom du conseiller .....	
.....		Fréquence des séances .....	
.....			
Examens (par ex. ECG, radiographie, analyses de labo., etc.)	Date de l'examen	Résumé des résultats (joindre des copies de tous rapports disponibles)	
D'autres examens sont-ils prévus ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dans l'affirmative, préciser le genre et la date			

Prière de joindre des copies de toutes les notes de dossier, de tous résultats d'examen et rapports de consultation

Suite.



En caractères d'imprimerie s.v.p.

Nom du patient \_\_\_\_\_

N° de groupe \_\_\_\_\_ certificat \_\_\_\_\_

# DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

## Déclaration du médecin traitant

(Prière de répondre à toutes les questions)

### CONSTATATIONS SUBJECTIVES ET OBJECTIVES / EXAMENS (suite)

Votre patient a-t-il été dirigé vers un autre médecin ou spécialiste ?  Oui  Non Dans l'affirmative, prière de remplir le tableau ci-dessous :

Nom du médecin/spécialiste	Spécialité	Dates des consultations

Résumé des constatations des spécialistes ou joindre des copies des rapports

### TRAITEMENT

Depuis la première visite, à quelle fréquence voyez-vous ce patient ?  Toutes les semaines  Toutes les deux semaines  Mensuellement  Autre

Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation \_\_\_\_\_

Donner la liste des médicaments actuels, des dosages et des dates auxquelles le patient a commencé à les prendre. Donner la raison pour tout changement de médicament.

Le patient a-t-il jamais été hospitalisé ?  Oui  Non Dans l'affirmative, nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Dates d'hospitalisation - Premier séjour : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Dates d'hospitalisation - Deuxième séjour (le cas échéant) : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Intervention chirurgicale ?  Oui  Non Dans l'affirmative, genre d'intervention \_\_\_\_\_ Date de l'intervention \_\_\_\_\_  exécutée  prévue

Physiothérapie ?  Oui  Non Si « Oui », fréquence : \_\_\_\_\_ Genre de physiothérapie  Consultation externe/physiothérapie  Exercices autonomes à domicile

Se conforme-t-il au plan de traitement ?  Oui  Non Si « Non », raisons ? \_\_\_\_\_

Autres plans de traitement ? (donner les dates) \_\_\_\_\_

### LIMITATIONS

Savez-vous quelles sont les fonctions du poste de votre patient ?

Quelles fonctions principales de son poste votre patient est-il **capable** d'effectuer ?

Quelles fonctions principales de son poste votre patient est-il **incapable** d'effectuer ? (énumérer les facteurs d'incapacité fonctionnelle)

Quelles activités de la vie quotidienne sont-elles compromises par cette maladie et comment

Que fait-on pour aider votre patient à reprendre le travail ?

Le patient est  sur pied  obligé de rester à la maison  alité

### PRONOSTIC

Évolution du patient :  Rétablissement  Aucune amélioration  Amélioration  Régression

Nombre de semaines prévu avant possibilité de retour au travail : \_\_\_\_\_ semaines

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, le retour au travail est prévu pour :  son **propre** emploi -  à temps plein, date \_\_\_\_\_  à temps partiel, date \_\_\_\_\_  
 un **autre** emploi -  à temps plein, date \_\_\_\_\_  à temps partiel, date \_\_\_\_\_

Si vous n'en avez pas discuté, prière d'expliquer \_\_\_\_\_

Le patient profiterait-il d'une orientation professionnelle ou de rééducation ?  Oui  Non Si « oui », donner la date et des précisions \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie s.v.p.) \_\_\_\_\_ Médecin de famille ?  Oui  Non

Spécialité ?  Oui  Non Si « Oui », spécialité : \_\_\_\_\_

N° et rue App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone # \_\_\_\_\_ N° de téléc. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Signature du médecin **X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Option eSignature :** Le certificat d'exécution doit accompagner ce formulaire.

**Option écrite :** Remplir à l'encre, avec les corrections éventuelles paraphées. Une copie doit être conservée pour vos dossiers et est considérée comme aussi valable que l'original.

**Envoyer le formulaire rempli à :** [csr-groupadmin@rwam.com](mailto:csr-groupadmin@rwam.com) ou par la poste à RWAM à l'adresse ci-dessous.

Le dépôt direct des paiements de prestations collectives (également connu sous le nom de transfert électronique de fonds ou « TEF ») permet à RWAM de déposer vos paiements de prestations approuvés directement sur votre compte bancaire personnel ou conjoint (votre nom doit figurer sur le compte).

Après avoir reçu vos demandes de remboursement, RWAM vous enverra par courriel un relevé d'explication des prestations (EDP) indiquant le paiement des prestations et/ou la décision.

			Groupe n°	Division	Catégorie	Certificat n°
Employé	Nom de famille de l'employé		Prénom			
Adresse électronique personnelle pour l'explication des prestations (EDP)						
Institution financière						
Adresse	N°, Rue		Ville, Prov.			
N° de succursale	5 chiffres	N° d'institution financière	3 chiffres	N° de compte		

(Si votre numéro de compte commence par zéro, prenez soin d'inclure le zéro. Sans tiret, trait d'union ou tout autre signe de ponctuation.)



**REMARQUE :**

- Si vous n'avez pas de chèques et que vous ne savez pas comment remplir le formulaire ci-dessus, contactez votre institution financière pour vous assurer que vous fournissez les bons renseignements à RWAM.
- Des renseignements inexacts ou manquants peuvent entraîner des retards ou des erreurs.
- Vous devez être le titulaire unique ou conjoint (généralement conjointement avec votre conjoint) du compte dans une institution financière canadienne et avoir le pouvoir de signature.
- Les demandes de dépôt sur le compte d'un tiers ne seront pas acceptées.
- Les soumissions sur papier (non électroniques) peuvent inclure un formulaire de dépôt direct (obtenu auprès de votre institution financière) ou un chèque portant la mention « nul » pour valider les numéros de compte.

**AUTORISATION**

Par la présente, j'autorise RWAM, Administrateurs d'assurance à déposer les paiements des garanties collectives (assurance maladie complémentaire, assurance dentaire et/ou invalidité) directement dans mon compte bancaire personnel/conjoint et à échanger mes renseignements financiers pertinents avec mon institution financière à ces fins. J'autorise la correspondance avec moi par l'intermédiaire de l'adresse électronique indiquée ci-dessus. Je comprends que cette correspondance peut contenir des renseignements personnels et que ces renseignements sont envoyés d'une manière qui n'est pas garantie comme moyen de communication sécurisé. La présente autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature de l'employé

Date

RWAM, Administrateurs d'assurance s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve ou échange dans le cadre de ses activités.