

N° DE CONTRAT : 99205

**DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ****Régime de protection salariale en cas d'invalidité totale de courte durée (RPS)**

Pour les employés temporaires régis par la convention collective du Syndicat des employé(e)s de techniques professionnelles et de bureau d'Hydro-Québec, du Syndicat des employé(e)s de métiers d'Hydro-Québec et du Syndicat des spécialistes et professionnels d'Hydro-Québec.

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ**

N. B. Pour chacune de vos périodes d'absence en raison de maladie ou d'accident hors travail compensables par ce régime, il vous incombe de transmettre ce formulaire rempli à l'Industrielle Alliance, Service des règlements, C. P. 800, succursale Maison de la Poste, Montréal (Québec) H3B 3K5.

N° de téléphone : 1 877 422-6487 • N° de télécopieur : 1 877 799-6691.

À défaut de donner suite à cette obligation, votre période d'absence du travail sera non rémunérée et votre employeur en sera avisé et pourra la considérer comme une absence sans permission.

**Veillez faire remplir le verso de ce formulaire par votre médecin traitant ou soumettre, s'il y a lieu, une copie du certificat médical normalisé d'Hydro-Québec rempli par votre médecin traitant et déjà fourni à votre employeur pour justifier votre absence du travail.**

Nom de l'employé \_\_\_\_\_

Date de naissance 

		A				M			J
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

 Sexe : F  M  Langue : Fr.  Angl.

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal 

--	--	--	--	--	--

 N° d'assurance sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° matricule Hydro-Québec 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de téléphone : Bureau 

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Domicile 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dernier jour de travail 

			A					M			J
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

 Premier jour d'absence 

			A					M			J
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

Date de retour au travail (s'il y a lieu) 

			A					M			J
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

S'il s'agit d'un accident, spécifier la date, les lieux et les circonstances (où, quand, comment) : \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté un médecin pour cette absence? Oui  Non

Date de la première visite 

			A					M			J
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

Si oui, spécifier le nom et l'adresse complète de ce médecin : \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé au cours de cette absence? Oui  Non

Si oui, spécifier les dates et l'hôpital : \_\_\_\_\_

Avez-vous touché ou toucherez-vous des montants pendant la période d'invalidité? Oui  Non

Si oui, préciser la nature (vacances, assurance-emploi, congés de maladie, fériés, autres), les montants et la période : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

1. J'autorise toute personne physique ou morale, notamment les médecins, les autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agences de renseignements personnels, les intermédiaires de marché et les autres assureurs ou réassureurs ainsi que tout autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et à échanger avec l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** ou ses réassureurs tout renseignement aux fins d'étude de ma demande de prestations en vertu du présent régime.
2. J'autorise également **Hydro-Québec** à transmettre à l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** tous les renseignements nécessaires au soutien de ma demande de prestations.
3. J'autorise enfin l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** à transmettre à **Hydro-Québec** tous les renseignements et documents contenus dans le dossier relatif à ma demande de prestations.

Ces trois autorisations valent pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles elles ont été demandées. De même, une photocopie des présentes autorisations a valeur d'original. Je certifie également l'exactitude des informations données ci-dessus.

Signature \_\_\_\_\_

Date 

			A					M			J
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

1. Nom du patient \_\_\_\_\_  
Poids \_\_\_\_\_ lb ou \_\_\_\_\_ kg Taille \_\_\_\_\_ pi/po ou \_\_\_\_\_ m/cm
2. S'agit-il d'un accident : de travail? Non  Oui   
de véhicule moteur? Non  Oui   
autre? Non  Oui
3. Diagnostic de l'invalidité actuelle (Joindre les résultats de Rx, ECG ou autres tests, ainsi que les copies des rapports de consultations.)  
\_\_\_\_\_  
Si l'invalidité est de nature psychiatrique, préciser les critères selon le DSM.
4. Autres affections susceptibles d'en modifier la durée \_\_\_\_\_
5. À votre connaissance :  
a) Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident a-t-il eu lieu? \_\_\_\_\_  
b) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre? Oui  Non   
Si oui, date et précisions \_\_\_\_\_
6. Y a-t-il eu hospitalisation? Non  Oui , du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Y a-t-il eu chirurgie d'un jour? Non  Oui  → Anesthésie locale  Anesthésie générale   
Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_
7. A-t-on pratiqué une intervention chirurgicale? Oui  Non   
Si oui, préciser la date et la nature \_\_\_\_\_
8. Le cas échéant, préciser le nom du médecin qui vous a confié le patient \_\_\_\_\_
9. a) Date de la première visite pour la présente invalidité \_\_\_\_\_  
b) Date de la dernière visite \_\_\_\_\_  
c) Ce patient est-il demeuré sous vos soins depuis le début de l'invalidité? Non  → préciser \_\_\_\_\_  
Oui  avec visites hebdomadaires  mensuelles  Autre
10. Dans le cas d'une patiente, est-elle enceinte ou a-t-elle accouché récemment? Oui  Non   
Si oui :
  - Date d'accouchement \_\_\_\_\_
  - La maladie est-elle attribuable à une grossesse? Oui  Non
  - Cette patiente est-elle admissible au retrait préventif? Oui  Non
11. Nature des traitements \_\_\_\_\_
12. Médicaments prescrits \_\_\_\_\_
13. État cardiaque (si l'invalidité y est liée) :  
a) Capacité fonctionnelle (American Heart Association) Catégorie 1 (aucune restriction)  Catégorie 2 (légère restriction)   
Catégorie 3 (restriction importante)  Catégorie 4 (restriction complète)   
b) Tension artérielle (dernière visite) Systolique \_\_\_\_\_ Diastolique \_\_\_\_\_
14. Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Oui  Non
15. À votre connaissance, ce patient a été totalement invalide (incapable de travailler) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Si le patient est encore invalide, vers quelle date devrait-il pouvoir reprendre le travail? \_\_\_\_\_  
Si la date est indéterminée, nombre de semaines additionnelles estimées nécessaires avant la reprise du travail \_\_\_\_\_ semaines supplémentaires.
16. Quelle a été ou sera la durée de l'invalidité partielle du patient (capacité de reprendre à temps partiel l'exercice de sa profession)?  
Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
17. En quoi l'affection influe-t-elle sur sa capacité de travail?  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_  
Spécialité \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.**