

FORMULAIRES DE RÉCLAMATION D'INVALIDITÉ

Pour

Paiement standard / partiel et Régimes d'assurance en cas de mutilation

« DIRECTIVES »

IL EST ESSENTIEL QUE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS SOIENT REMPLIS CORRECTEMENT POUR LE TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE RÉCLAMATION D'INVALIDITÉ :

- FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR
- DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Veillez vous assurer que tous les formulaires joints sont dûment remplis et que tous les renseignements qui y figurent sont fournis par vous, votre employeur et votre médecin. (Les formulaires incomplets seront retournés pour correction, ce qui retardera le traitement de la réclamation et le service que nous offrons.)

NOTE : Vous devez également fournir les documents suivants :

- Une copie de votre contrat de financement / location;
- Une copie de votre permis de conduire;
- Une copie du rapport d'accident et du devis des réparations (pour toute invalidité résultant d'un accident d'automobile.)
- Une copie de la lettre d'acceptation ou de rejet de la Commission de la santé et de la sécurité du travail de votre province (si votre blessure/maladie est liée à votre travail);
- Une copie de votre Relevé d'emploi de votre emploi précédent (si votre employeur actuel n'est pas le même que celui à la date d'entrée en vigueur de la police).

Avant de soumettre votre demande de prestations, veuillez lire attentivement votre demande d'assurance, en particulier la section intitulée « LIMITATIONS ET EXCLUSIONS ».

En vertu des conditions de la police d'assurance, la preuve de réclamation doit être reçue par la compagnie dans les **quatre-vingt-dix jours** suivant l'événement. Vous devez également être totalement invalide pendant une période de temps plus longue que la période d'attente indiquée dans votre certificat d'assurance pour demander des prestations.

Nous vous rappelons que vous êtes responsable de continuer à effectuer vos paiements à votre prêteur jusqu'à ce que la réclamation soit acceptée et que nous ayons approuvé son paiement. Nos modalités de paiement en tant qu'assureur diffèrent des modalités de paiement énoncées par votre prêteur. Par conséquent, nous vous recommandons de communiquer avec votre prêteur pour vous assurer de ne pas manquer à votre obligation en attendant le règlement de l'indemnité.

TOUTES LES INDEMNITÉS SONT VERSÉES DIRECTEMENT À VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE.

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER VOTRE RÉCLAMATION DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS.
(Immédiatement suivant une invalidité admissible)**

APRÈS LA RÉCEPTION DES FORMULAIRES COMPLÈTES, NOUS VOUS INFORMERONS :

- S'IL NOUS FAUT DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES,
- QUAND LA RÉCLAMATION EST APPROUVÉE ET PAYÉE,
- SI LA RÉCLAMATION NE PEUT ÊTRE TRAITÉE ET LES RAISONS EXPLIQUANT CETTE SITUATION.

IL REVIENT AU DEMANDEUR D'ASSUMER LES FRAIS INITIAUX REQUIS POUR FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PREUVE DE RÉCLAMATION.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) soit en mesure de déterminer si vous avez droit à une indemnité pour votre invalidité, il peut être nécessaire, pour ce faire, que nous obtenions davantage d'information à votre sujet.

Cela peut consister à communiquer avec *vos* médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé, pour obtenir des renseignements médicaux sur vous (vos antécédents médicaux) et/ou votre traitement actuel, votre organisme provincial de santé pour la description des prestations versées et votre pharmacie pour obtenir la liste des médicaments qui vous ont été prescrits. Il se peut également que, de temps à autre, nous contactions vos médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé, pour obtenir des renseignements actuels sur votre état de santé.

Par ailleurs, il se peut que nous ayons à communiquer avec votre employeur actuel et/ou précédent pour obtenir des précisions sur votre situation d'emploi pendant la période d'achat de cette police, les détails concernant les tâches liées à votre travail et vérifier la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'un accident de la route (ou d'une lésion aiguë, le cas échéant), il se peut que notre bureau demande des détails entourant l'accident à l'organisme d'application de la loi pertinent et à votre compagnie d'assurance.

Dans tous les cas, nous devons communiquer avec votre source de financement pour une vérification du prêt et des mises à jour concernant l'état de votre compte, étant donné que toutes les prestations approuvées sont envoyées directement pour être imputées au prêt.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera quand il y a une demande de renseignements vous concernant. Si vous avez besoin de précision sur la nécessité de demander des renseignements à votre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec notre Service des réclamations.

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à la compagnie.

En aucun cas (sauf si cela est exigé par la loi), la CAFC ne communiquera à une tierce partie l'information reçue à la suite de la présente communication.

Je, soussigné, autorise tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial de santé, hôpital, banque et/ou compagnie de crédit, employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements ou tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et l'emploi de l'assuré à communiquer l'information requise à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature du demandeur

Nom en lettres moulées

Date

Cette consetement est valide pour:

- Le terme de cette politique
- Cette réclamation seulement
- Autre _____

Signature du témoin

Nom du témoin en lettres moulées

Numéro du certificat
selon votre Demande d'Assurance (reçue du concessionnaire)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) soit en mesure de déterminer si vous avez droit à une indemnité pour votre invalidité, il peut être nécessaire, pour ce faire, que nous obtenions davantage d'information à votre sujet.

Cela peut consister à communiquer avec *vos* médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé, pour obtenir des renseignements médicaux sur vous (vos antécédents médicaux) et/ou votre traitement actuel, votre organisme provincial de santé pour la description des prestations versées et votre pharmacie pour obtenir la liste des médicaments qui vous ont été prescrits. Il se peut également que, de temps à autre, nous contactions vos médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé, pour obtenir des renseignements actuels sur votre état de santé.

Par ailleurs, il se peut que nous ayons à communiquer avec votre employeur actuel et/ou précédent pour obtenir des précisions sur votre situation d'emploi pendant la période d'achat de cette police, les détails concernant les tâches liées à votre travail et vérifier la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'un accident de la route (ou d'une lésion aiguë, le cas échéant), il se peut que notre bureau demande des détails entourant l'accident à l'organisme d'application de la loi pertinent et à votre compagnie d'assurance.

Dans tous les cas, nous devons communiquer avec votre source de financement pour une vérification du prêt et des mises à jour concernant l'état de votre compte, étant donné que toutes les prestations approuvées sont envoyées directement pour être imputées au prêt.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera quand il y a une demande de renseignements vous concernant. Si vous avez besoin de précision sur la nécessité de demander des renseignements à votre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec notre Service des réclamations.

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à la compagnie.

En aucun cas (sauf si cela est exigé par la loi), la CAFC ne communiquera à une tierce partie l'information reçue à la suite de la présente communication.

Je, soussigné, autorise tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial de santé, hôpital, banque et/ou compagnie de crédit, employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements ou tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et l'emploi de l'assuré à communiquer l'information requise à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature du demandeur

Date

Signature du témoin

Numéro du certificat
selon votre Demande d'Assurance (reçue du concessionnaire)

Nom en lettres moulées

Cette consetement est valide pour:

- Le terme de cette politique
- Cette réclamation seulement
- Autre _____

Nom du témoin en lettres moulées

VOTRE DEMANDE EST-ELLE LIÉE AU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE N° DE VOTRE DEMANDE AUPRÈS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE : _____ NOM ET N° DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT : _____ VEUILLEZ ÉGALEMENT FOURNIR UNE COPIE DE LA LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE.	SI VOTRE DEMANDE EST LIÉE AU TRAVAIL MAIS QUE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE NE L'A PAS ACCEPTÉE (OU SI VOUS N'AVEZ PAS ENVOYÉ UNE DEMANDE), VEUILLEZ FOURNIR LES DÉTAILS À CE SUJET.
VOTRE DEMANDE EST-ELLE LIÉE À UN ACCIDENT DE LA ROUTE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE VÉHICULE ASSURÉ EN VERTU DE CETTE POLICE ÉTAIT-IL IMPLIQUÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE L'ACCIDENT ET UNE COPIE DU DEVIS DES RÉPARATIONS (ou LA PREUVE D'UN ÉTAT DES PERTES).	NOM DE L'ASSUREUR DU VÉHICULE : _____ N° DE RÉCLAMATION DE L'ASSUREUR : _____ NOM DE L'EXPERT : _____ N° DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT : _____

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI « OUI », NOM DE L'HÔPITAL VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET LE SOMMAIRE DE CONGÉ.	DATES D'HOSPITALISATION DE A
NOM DU MÉDECIN TRAITANT CETTE INVALIDITÉ QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
VEUILLEZ INSCRIRE LA OU LES PHARMACIE(S) OÙ VOUS AVEZ OBTENU LES MÉDICAMENTS PRESCRITS 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4.	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE :	MÉDICAMENTS PRESCRITS :

VEUILLEZ RÉDIGER UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES VOUS DÉTENEZ UNE POLICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ, Y COMPRIS L'ADRESSE, LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES À Y CONTACTER.

VEUILLEZ FOURNIR TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE QUI VOUS SEMBLE INDISPENSABLE AU RÈGLEMENT DE CETTE RÉCLAMATION.

Suite à la page suivante

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOI À L'ACHAT DE LA POLICE

(à remplir seulement s'il s'agit d'un employeur différent de votre employeur actuel.
Veuillez aussi fournir une copie de votre relevé d'emploi de cette compagnie)

NOM DE L'ANCIEN EMPLOYEUR			ADRESSE DE L'EMPLOYEUR			TÉLÉPHONE ()	
						TÉLÉCOPIEUR ()	
DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ COMMENCÉ À TRAVAILLER POUR CETTE COMPAGNIE			DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ DE TRAVAILLER POUR CETTE COMPAGNIE				
MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE		
TYPE D'EMPLOI :			OCCUPATION ET DESCRIPTION				
<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> APPRENTI <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> TEMPS SAISONNIER <input type="checkbox"/> EN CHÔMAGE							

SECTION 5 – À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME

Nom de la compagnie : _____ Dénomination sociale de la compagnie (pour les sociétés à numéro) : _____	
Date de démarche de votre compagnie : _____ Nombre d'employées : _____ Pourcentage de Participation : _____	
Votre dernier jour de travail : _____	
Effectuez-vous actuellement des tâches pour votre compagnie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, veuillez indiquer ces tâches et en quoi elles diffèrent de vos tâches habituelles :	
Type d'emploi : _____ <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Temps Partiel	Les tâches légères sont-ils disponibles? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si saisonnier, veuillez indiquer la période typique de travail :	Si oui, veuillez nous fournir des détails :
Est-ce que votre compagnie travaille sous contrat pour d'autres entités? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, veuillez nous faire parvenir une copie du contrat, incluant la date que le contrat commence et termine.	
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE PERMIS D'EXPLOITATION D'UN COMMERCE ET LES SUIVANTS:	
<input type="checkbox"/> Photocopie d'un "Avis de cotisation" de l'Agence du revenu du Canada pour la période d'une année précédant l'achat de cette police	
<input type="checkbox"/> Des photocopies des factures pour la période d'un mois précédant la date d'achat et un mois précédant la date de votre invalidité	

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CETTE DEMANDE SONT EXACTS ET COMPLETS À MA CONNAISSANCE.

SIGNATURE

DATE

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

NOTE AU MÉDECIN : CETTE DÉCLARATION SERA UTILISÉE POUR DÉTERMINER L'INDEMNITÉ À VERSER À VOTRE PATIENT. L'INFORMATION CLAIR ET COMPLÈTE AIDERA LE TRAITEMENT DE LA RECLAMATION.

NOM DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE MOIS JOUR ANNÉE	NUMÉRO DU CERTIFICAT-SELON VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE (REÇUE DU CONCESSIONNAIRE)
----------------	--	---

INDIQUEZ LA CONDITION QUI REND CE PATIENT INVALIDE (DIAGNOSTIC)

L'AFFECTION INDIQUÉE EMPÊCHE-T-ELLE LE PATIENT DE TRAVAILLER? OUI NON SI OUI, REMPLISSEZ LES SECTIONS CI-DESSOUS

SYMPTÔMES

EST-CE QUE LE PATIENT SOUFFRE D'AUTRES CONDITIONS MÉDICALES QUI PEUVENT INFLUENCER CETTE AFFECTION? SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR DES EXPLICATIONS.

VEUILLEZ FOURNIR UN BREF HISTOIRE DE L'AFFECTION

HISTOIRE DE LA BLESSURE/MALADIE À MA CONNAISSANCE, LES SYMPTÔMES DU PATIENT SE SONT MANIFESTÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS LE

MOIS JOUR ANNÉE

LE PATIENT A ÉTÉ EXAMINÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS POUR CETTE AFFECTION LE

MOIS JOUR ANNÉE

LE PATIENT A ÉTÉ EXAMINÉ LE PLUS RÉCEMMENT FOIS POUR CETTE AFFECTION LE

MOIS JOUR ANNÉE

CETTE PERSONNE EST MON PATIENT DEPUIS LE

MOIS JOUR ANNÉE

À VOTRE CONNAISSANCE, LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE LA MÊME AFFECTION OU D'UNE AFFECTION SEMBLABLE? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES OÙ CE PATIENT A ÉTÉ TRAITÉ POUR CETTE AFFECTION.

LE PATIENT S'EST-IL COMPLÈTEMENT RÉTABLI? OUI NON SI OUI, QUAND?

CETTE AFFECTION EST-ELLE LIÉE À LA DROGUE? OUI NON SI OUI, INDIQUEZ LA OU LES DROGUE(S) CONCERNÉE(S) ET EN QUOI CELLE(S)-CI EST (SONT) LIÉE(S) À L'AFFECTION.

CETTE AFFECTION EST-ELLE LIÉE À L'ALCOOL? OUI NON

LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN PROGRAMME DE RÉHABILITATION? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES DU PROGRAMME DURÉE PRÉVUE

Suite à la page suivante

L'AFFECTION EST-ELLE DUE À UNE BLESSURE OU À UN ÉTAT PATHOLOGIQUE LIÉ AU TRAVAIL DU PATIENT?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SI OUI, AVEZ-VOUS REMPLI UN FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ POUR UN ACCIDENT DU TRAVAIL POUR CE PATIENT?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

DÉCRIVEZ LA FRÉQUENCE DES VISITES (P. EX., HEBDOMADAIRES, MENSUELLES)	INDIQUEZ TOUTES LES DATES DE VISITE RELATIVES À CETTE AFFECTION :

VEUILLEZ FOURNIR UNE DESCRIPTION DU TRAITEMENT DE CE PATIENT	CE PATIENT SUIV-IL LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
 	SI NON, VEUILLEZ NOUS DONNER VOS COMMENTAIRES :

VEUILLEZ EXPLIQUER JUSQU'À QUEL POINT L'AFFECTION DU PATIENT NUIT À SA CAPACITÉ D'EFFECTUER SON TRAVAIL

EST-CE QUE LE TROUBLE MENTAL OU NERVEUX DU PATIENT NUIT À SA CAPACITÉ À TRAVAILLER? (SI POSSIBLE, VEUILLEZ APPORTER DES PRÉCISIONS)

CE PATIENT A-T-IL ÉTÉ ENVOYÉ CONSULTER UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOLOGUE OU UN NEUROLOGUE? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DE CE MÉDECIN, Y COMPRIS UNE COPIE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION ET TOUT RAPPORT DE CONSULTATION.

QUAND PRÉVOYEZ-VOUS QUE LE PATIENT SERA SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR EFFECTUER DES TÂCHES RÉDUITES/MODIFIÉS?	QUAND PRÉVOYEZ-VOUS QUE LE PATIENT SERA SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR EFFECTUER TOUTES LES TÂCHES DE SON OCCUPATION?
SI INDÉTERMINÉ, FAITES UNE ESTIMATION	SI INDÉTERMINÉ, FAITES UNE ESTIMATION
<input type="checkbox"/> 1 À 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 À 6 MOIS <input type="checkbox"/> PLUS DE 6 MOIS	<input type="checkbox"/> 1 À 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 À 6 MOIS <input type="checkbox"/> PLUS DE 6 MOIS

CE PATIENT A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN SPÉCIALISTE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VEUILLEZ INDICER TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ QUI TRAITE CETTE AFFECTION (NOM, ADRESSE ET TÉLÉPHONE)
SI OUI, DATE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :	
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DES DEMANDES DE CONSULTATION ET TOUT RAPPORT DE CONSULTATION.	VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE RÉPONSE TOUT RAPPORT PROVENANT DE CE PROFESSIONNEL.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES
VEUILLEZ FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE OU COMMENTAIRE POUVANT ÊTRE UTILE POUR APPUYER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, Y COMPRIS TOUTE PHOTOCOPIE DE DOCUMENTS JUSTIFICATIFS (c.-à-d. BIOPSIES, RÉSULTATS DE RAYONS X, etc.)

SELON VOUS, LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN AURAIT-ELLE INTÉRÊT À DEMANDER UN AVIS MÉDICAL INDÉPENDANT? OUI NON

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CETTE DEMANDE SONT EXACTS À MA CONNAISSANCE.

SIGNÉ À	DATE
VILLE	MOIS
PROVINCE	JOUR
SIGNATURE DU MÉDECIN	ANNÉE
	NOM EN LETTRES MOULÉES ET ADRESSE DU MÉDECIN

TOUS LES FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR (À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL)

NOM DE L'EMPLOYÉ (DEMANDEUR)	N° D'IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ	NUMÉRO DU CERTIFICAT-SELON VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE (REÇUE DU CONCESSIONNAIRE)
NOM DE L'EMPLOYEUR (RAISON SOCIALE)	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR TÉLÉPHONE ()
	CITY PROVINCE POSTAL CODE	TÉLÉCOPIEUR ()
PREMIER JOUR DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ DANS VOTRE COMPAGNIE MOIS JOUR ANNÉE	TYPE DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> APPRENTI	DERNIER JOUR DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ MOIS JOUR ANNÉE
S'IL S'AGIT D'UN TRAVAIL À TEMPS PARTIEL OU OCCASIONNEL, VEUILLEZ INDIQUER L'HORAIRE ET LA MOYENNE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE.		
S'IL S'AGIT D'UN TRAVAIL SAISONNIER, DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES L'EMPLOYÉ TRAVAILLE-T-IL POUR CETTE COMPAGNIE?		S'IL S'AGIT D'UN TRAVAIL SAISONNIER, VEUILLEZ FOURNIR LE CALENDRIER ANNUEL DE TRAVAIL
QUEL EST LE POSTE DE CET EMPLOYÉ?	VEUILLEZ DÉCRIRE LES PRINCIPALES TÂCHES DE CET EMPLOI	
VOTRE COMPAGNIE PERMET-ELLE À SES EMPLOYÉS D'EFFECTUER DES TÂCHES RÉDUITES/MODIFIÉES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ DÉCRIRE BRIÈVEMENT.	
CET EMPLOYÉ A-T-IL OCCUPÉ D'AUTRES FONCTIONS AU SEIN DE VOTRE COMPAGNIE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES TRAVAUX EFFECTUÉS ET LES PRINCIPALES TÂCHES LIÉES À CES TRAVAUX	
S'AGISSAIT-IL D'UNE LÉSION LIÉE AU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	UNE DEMANDE A-T-ELLE ÉTÉ DÉPOSÉE AUPRÈS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON INDIQUEZ LE N° DE LA DEMANDE : _____	L'EMPLOYÉ A-T-IL EU UN CONGÉ LIÉ À CETTE AFFECTION OU À UNE AFFECTION SIMILAIRE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, QUAND? _____
RAISON LIÉE AU DERNIER JOUR DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> CESSATION D'EMPLOI <input type="checkbox"/> MISE EN DISPONIBILITÉ <input type="checkbox"/> GRÈVE <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> DÉMISSION <input type="checkbox"/> LOCK-OUT <input type="checkbox"/> AUTRE, VEUILLEZ PRÉCISER : _____		
L'EMPLOYÉ A-T-IL TRAVAILLÉ CERTAINS JOURS DEPUIS SON INVALIDITÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER DES DATES :	DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ : TÂCHES RÉDUITES MOIS _____ JOUR _____ ANNÉE _____ TÂCHES NORMALES MOIS _____ JOUR _____ ANNÉE _____
VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE COLLECTIVE DE VOTRE EMPLOYÉ, Y COMPRIS TOUT NUMÉRO D'IDENTIFICATION CONCERNANT CET EMPLOYÉ :		

**JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CETTE DEMANDE
SONT EXACTS ET COMPLETS À MA CONNAISSANCE.**

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYÉ

NOM COMPLET EN LETTRES MOULÉES

TITRE

DATE