

FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ

Pour les plans standards, de paiement partiel et de mutilation

DIRECTIVES

LA SOUMISSION DE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS DÛMENT REMPLIS EST ESSENTIELLE AU PROMPT TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

- FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
- DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR
- DÉCLARATION MÉDICALE INITIALE POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ

Veillez vous assurer que tous les formulaires ci-joints sont dûment remplis, que la signature d'un témoin est apposée aux endroits indiqués et que tous les renseignements figurant sur les formulaires soient fournis par vous, votre employeur et votre médecin. (Les formulaires incomplets seront retournés aux fins de correction, ce qui retardera notre processus de traitement de votre demande de règlement d'invalidité et nos services envers vous.)

Notez que les documents suivants sont également requis :

- ☐ Une copie de votre contrat de financement (pour la vérification du créancier et du prêt)
- ☐ Une copie de votre permis de conduire (pour la confirmation/vérification de l'âge)
- ☐ Une copie de votre rapport d'accident de véhicule routier et du devis de réparation (pour les invalidités découlant d'un accident de véhicule)
- ☐ Une copie de votre lettre d'acceptation ou de refus émise par la commission des accidents du travail de votre province (si votre blessure ou maladie est liée au travail)
- ☐ Une copie du relevé d'emploi relatif à votre emploi précédent (si votre employeur actuel n'est pas celui que vous aviez à la date d'entrée en vigueur de l'assurance)

Avant de soumettre votre demande de règlement d'invalidité dans le but d'obtenir des prestations, veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS ».

En vertu des conditions de la police, la preuve de la demande de règlement doit être soumise à notre compagnie sur les formulaires fournis par celle-ci dans les **quatre-vingt-dix jours** suivant l'événement donnant lieu à la demande, et vous devez être totalement invalide pendant plus longtemps que la période d'attente spécifiée sur votre certificat d'assurance pour prétendre à des prestations. Si la demande est acceptée, les prestations d'invalidité seront calculées à partir d'au plus tôt 90 jours avant la date de réception de la preuve de demande de règlement. En aucun cas une preuve de demande de règlement ne sera considérée comme valide si elle a été déposée plus d'un an après l'événement donnant lieu à la demande.

Nous souhaitons vous rappeler qu'il est de votre responsabilité de continuer de verser vos paiements à votre créancier jusqu'à ce que votre demande de règlement d'invalidité soit acceptée et approuvée par nous aux fins de paiement. Comme nos modalités de paiement à titre d'assureur diffèrent des modalités de paiement prescrites par votre créancier, nous vous recommandons de communiquer avec votre créancier afin de vous assurer de ne pas manquer à vos obligations pendant le traitement de votre demande de règlement d'invalidité.

TOUTES LES PRESTATIONS APPROUVÉES SERONT TRANSMISES DIRECTEMENT À VOTRE CRÉANCIER.

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER RAPIDEMENT VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ.
(Immédiatement après l'apparition d'une invalidité admissible)**

SUITE À LA RÉCEPTION DE VOS FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DÛMENT REMPLIS, NOUS VOUS AVISERONS :

- DE NOTRE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
- DU MOMENT OÙ VOTRE DEMANDE EST APPROUVÉE ET DONNE LIEU AU PAIEMENT, LE CAS ÉCHÉANT
- DU FAIT QUE VOTRE DEMANDE NE PEUT ÊTRE TRAITÉE, LE CAS ÉCHÉANT, EN VOUS INDIQUANT POURQUOI

LES DÉPENSES INITIALEMENT ENCOURUES AFIN DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS POUR LA PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RELÈVENT DE LA RESPONSABILITÉ DU DEMANDEUR

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si vous êtes admissible aux prestations d'invalidité, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom afin de mieux pouvoir déterminer votre admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (vos antécédents médicaux) et de l'information sur votre traitement actuel. Nous pourrions également devoir communiquer avec votre *organisme provincial des services de santé* pour obtenir un descriptif des prestations payées, ainsi qu'avec votre pharmacien pour obtenir une liste de vos médicaments prescrits. Il se peut également que, de temps à autre, nous communiquions avec vos *médecins* ou avec d'*autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements à jour concernant votre état actuel.

Il se pourrait aussi que nous devions communiquer avec votre employeur actuel et votre employeur précédent afin de clarifier votre statut d'emploi au moment de l'achat de cette police, d'obtenir des renseignements sur vos fonctions au travail ainsi que pour faire des vérifications relatives à une date de retour au travail.

En cas d'accident de véhicule routier (ou de blessure aiguë, s'il y a lieu), nous pourrions exiger des renseignements au sujet de votre accident à l'*organisme d'application de la loi* applicable et à votre *compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à votre créancier afin d'être appliquées à votre prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut de votre compte.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés en votre nom. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, créancier, employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et sur l'emploi de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

Signature du demandeur

Date

Signature du témoin

Numéro de certificat
(Voir la demande d'assurance)

Nom en caractères d'imprimerie

Ce consentement est valable pour :

- ☐ La durée de la police
☐ La présente demande de règlement seulement
☐ Autre _____

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

NOM LÉGAL COMPLET	ADRESSE POSTALE	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR veuillez joindre une copie de votre permis de conduire
NO DE TÉLÉPHONE (INDIQUEZ L'INDICATIF RÉGIONAL) RÉSIDENTIEL () TRAVAIL ()	VILLE / PROVINCE	NUMÉRO DE CERTIFICAT (Voir la demande d'assurance)
COURRIEL : ACCEPTÉZ-VOUS DE CORRESPONDRE PAR COURRIEL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	CODE POSTAL	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL
RÉSIDIEZ-VOUS DANS LA MÊME PROVINCE AU COURS DES SIX (6) MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE POLICE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI VOUS AVEZ SÉLECTIONNÉ NON, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE :		

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE OBLIGATION FINANCIÈRE

DATE DU PRÊT ANNÉE MOIS JOUR	AGENT/AGENCE	
CRÉANCIER	ADRESSE DU CRÉANCIER	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
CE PRÊT A-T-IL ÉTÉ RENOUVELÉ OU RÉVISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :	NUMÉRO DU PRÊT	PAIEMENT MENSUEL
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CONTRAT DE FINANCEMENT (S'IL EXISTE DES ADDENDAS ET DES RÉVISIONS, VEUILLEZ INCLURE CETTE DOCUMENTATION)		
DISPOSEZ-VOUS DE PLUS D'UN PRÊT EN COURS ASSURÉS PAR LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? LE CAS ÉCHÉANT, VOUS DEVREZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA SECTION 2 EN CE QUI A TRAIT À VOS AUTRES OBLIGATIONS FINANCIÈRES. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

SECTION 3 – AU SUJET DE VOTRE INVALIDITÉ

QUELLE EST LA MALADIE OU LA BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS?		LIEU DE L'ACCIDENT <input type="checkbox"/> RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AILLEURS Si l'accident est survenu ailleurs, veuillez préciser : _____
QUAND CES SYMPTÔMES SE SONT-ILS MANIFESTÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS? ANNÉE MOIS JOUR	QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION? ANNÉE MOIS JOUR	AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LA MÊME CONDITION OU UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT? SI OUI, QUAND? ANNÉE MOIS JOUR NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____
SI VOTRE CONDITION RÉSULTE D'UNE BLESSURE, VEUILLEZ DÉCRIRE COMMENT CETTE BLESSURE EST SURVENUE.		
VEUILLEZ DÉCRIRE VOS SYMPTÔMES ET COMMENT ILS VOUS EMPÊCHENT DE RETOURNER AU TRAVAIL.		

VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT EST-ELLE LIÉE À VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ FOURNIR LE NUMÉRO DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE : _____ NOM ET NO DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____ VEUILLEZ ÉGALEMENT FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS ÉMISE PAR LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE.	SI VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT EST LIÉE À VOTRE TRAVAIL, MAIS N'A PAS ÉTÉ ACCEPTÉE PAR LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE (OU SI VOUS N'AVEZ PAS SOUMIS DE DEMANDE D'INDEMNISATION), VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS À CE SUJET. _____
VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT EST-ELLE DUE À UN ACCIDENT DE VÉHICULE ROUTIER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU RAPPORT D'ACCIDENT DE VÉHICULE ROUTIER AINSI QU'UNE COPIE DU DEVIS DE RÉPARATION (OU DE LA PREUVE DE PERTE TOTALE).	NOM DE L'ASSUREUR : _____ N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION AUPRÈS DE L'ASSUREUR : _____ NOM DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____ N° DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____

NOM DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE INVALIDITÉ	ADRESSE DU MÉDECIN	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN
QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOPIER : ()
PRÉCISIONS SUR LE TRAITEMENT PROVENANT DE TOUT AUTRE ÉTABLISSEMENT (EX. : PHYSIOTHÉRAPIE, CHIROPRAITIE)	ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT
QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CET ÉTABLISSEMENT?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOPIER : ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ	ADRESSE DU MÉDECIN	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN
QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOPIER : ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION	ADRESSE DU MÉDECIN	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN
QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOPIER : ()
VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES PHARMACIES OU VOUS OBTENEZ VOS MÉDICAMENTS PRESCRITS.	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE	MÉDICAMENTS PRESCRITS
1.		
2.		
3.		
4.		
AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ?	SI OUI, QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL?	DATES D'HOSPITALISATION
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET DU SOMMAIRE D'HOSPITALISATION.	DU AU

VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES VOUS AVEZ SOUSCRIT UNE ASSURANCE INVALIDITÉ, AINSI QUE LEURS ADRESSES, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. JE COMPRENDS QUE TOUTES LES CONVERSATIONS TÉLÉPHONIQUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE LA CAFCC SONT ENREGISTRÉES AUX FINS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ, DE FORMATION ET DE RÉOLUTION DES LITIGES.

Signature

Date

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

(DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL)

SI TRAVAILLEUR AUTONOME, REMPLIR ÉGALEMENT LA PAGE 4a

NOM DE L'EMPLOYÉ (DEMANDEUR)		NUMÉRO D'EMPLOYÉ	
NOM DE L'EMPLOYEUR (NOM DE L'ENTREPRISE)		ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
DATE À LAQUELLE L'EMPLOYÉ A COMMENCÉ À TRAVAILLER POUR VOTRE ENTREPRISE		N° DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ANNÉE MOIS JOUR </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> VILLE PROVINCE CODE POSTAL </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TYPE D'EMPLOI DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP : () </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ANNÉE MOIS JOUR </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> APPRENTI </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ANNÉE MOIS JOUR </div>	
SI L'EMPLOI EST À TEMPS PARTIEL OU OCCASIONNEL, VEUILLEZ DÉCRIRE L'HORAIRE ET LE NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES EN MOYENNE PAR SEMAINE.			
SI L'EMPLOI EST SAISONNIER, DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES L'EMPLOYÉ TRAVAILLE-T-IL POUR CETTE ENTREPRISE?		SI L'EMPLOI EST SAISONNIER, VEUILLEZ FOURNIR L'HORAIRE DE TRAVAIL ANNUEL.	
QUEL EST LE POSTE OCCUPÉ PAR CET EMPLOYÉ?		VEUILLEZ DÉCRIRE LES TÂCHES PRINCIPALES DE CE POSTE.	
OFFREZ-VOUS DES TÂCHES LÉGÈRES OU MODIFIÉES A VOS EMPLOYÉS?		LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ DÉCRIRE BRIÈVEMENT :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDICER LES POSITIONS OCCUPÉES ET LES TÂCHES PRINCIPALES DE CES POSITIONS. </div>	
CET EMPLOYÉ A-T-IL OCCUPÉ D'AUTRES POSITIONS AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE?		LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDICER LES POSITIONS OCCUPÉES ET LES TÂCHES PRINCIPALES DE CES POSITIONS.	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDICER LES POSITIONS OCCUPÉES ET LES TÂCHES PRINCIPALES DE CES POSITIONS. </div>	
S'AGISSAIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL?	UNE DEMANDE D'INDEMNISATION A-T-ELLE ÉTÉ SOUMISE À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL?	L'EMPLOYÉ A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL EN RAISON DU MÊME PROBLÈME DE SANTÉ OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ SIMILAIRE?	QUELLE EST LA RAISON ASSOCIÉE AU DERNIER JOUR TRAVAILLÉ?
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> GRÈVE </div>
VEUILLEZ FOURNIR LE NUMÉRO DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION :		SI OUI, QUAND? _____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> DÉMISSION <input type="checkbox"/> LOCK-OUT </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : </div>	
Y A-T-IL EU DES JOURS PENDANT LESQUELS L'EMPLOYÉ A TRAVAILLÉ DEPUIS LA DATE DE L'INVALIDITÉ?		SI OUI, VEUILLEZ SPÉCIFIER LES DATES :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TÂCHES LÉGÈRES ANNÉE MOIS JOUR </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TÂCHES NORMALES ANNÉE MOIS JOUR </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TÂCHES LÉGÈRES ANNÉE MOIS JOUR </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> TÂCHES NORMALES ANNÉE MOIS JOUR </div>	
VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE COLLECTIVE DE VOTRE EMPLOYÉ, AINSI QUE TOUT NUMÉRO D'IDENTIFICATION ASSOCIÉ À CET EMPLOYÉ :			

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT, AU MELLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

NOM COMPLET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

TITRE

DATE

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

Suite à la page suivante

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI À LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE (Remplir seulement si l'employeur était différent de l'employeur actuel)

Veuillez fournir une copie de votre relevé d'emploi émis par votre employeur précédent.

NOM DE L'EMPLOYEUR PRÉCÉDENT	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ COMMENCÉ À TRAVAILLER POUR CETTE ENTREPRISE	DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL ANNÉE MOIS JOUR	
<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> APPRENTI <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> CHÔMEUR	POSTE ET DESCRIPTION	

REEMPLIR CETTE SECTION SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME

VEUILLEZ FOURNIR : <input type="checkbox"/> PHOTOCOPIE DE VOTRE PERMIS D'EXPLOITATION D'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> PHOTOCOPIE DE L'AVIS DE COTISATION DE VOTRE ENTREPRISE AUPRÈS DE L'AGENCE DU REVENU DU CANADA POUR LES PÉRIODES SUIVANTES : • L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ACHAT DE VOTRE POLICE • L'ANNÉE LA PLUS RÉCENTE PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> VEUILLEZ AUSSI FOURNIR UNE COPIE DE L'ÉTAT DES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS D'UNE ENTREPRISE OU D'UNE PROFESSION LIBÉRALE (T2125) OU, SI VOTRE ENTREPRISE EXIGE UNE DÉCLARATION ALTERNATIVE TEL QUE L'ÉTAT DES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS D'UNE ENTREPRISE AGRICOLE (T2042), VEUILLEZ FOURNIR CES DOCUMENTS POUR LES PÉRIODES MENTIONNÉES CI-HAUT. UNE FOIS QUE CES DOCUMENTS AURONT ÉTÉ RÉVISÉS, NOUS VOUS AVISERONT SI DE L'INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE SERA NÉCESSAIRE. CECI POURRAIT INCLURE L'INFORMATION SUIVANTE : <input type="checkbox"/> PHOTOCOPIES DES BORDEREAUX DE PAIEMENT ET/OU FACTURES D'ENTREPRISE POUR LA PÉRIODE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE ET CELLE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> PHOTOCOPIES DES RELEVÉS BANCAIRES D'ENTREPRISE POUR LA PÉRIODE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE ET CELLE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ. VOTRE EXAMINATEUR/TRICE POURRA DISCUTER PLUS SPÉCIFIQUEMENT DE L'INFORMATION QUI SERA REQUISE AFIN DE SUPPORTER VOTRE ÉLIGIBILITÉ EN CE QUI A TRAIT À L'EMPLOI, UNE FOIS QUE VOS FORMULAIRES SERONT REÇUS.		
NOM DE L'ENTREPRISE : _____	IDENTIFIANT D'ENTITÉ JURIDIQUE : _____	(POUR LES SOCIÉTÉS À NUMÉRO)
DATE DE DÉMARRAGE DE VOTRE ENTREPRISE : _____	NOMBRE D'EMPLOYÉS : _____	POURCENTAGE DE PARTICIPATION : _____
VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE DERNIER JOUR DE TRAVAIL EN RAISON DE VOTRE INVALIDITÉ : _____		
ACCOMPLISSEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES TÂCHES DANS LE CADRE DE VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDIQUER CES TÂCHES ET LA MANIÈRE DONT ELLES DIFFÈRENT DE VOS TÂCHES NORMALES : _____		
TYPE D'EMPLOI : <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER S'IL S'AGIT D'UN TRAVAIL SAISONNIER, VEUILLEZ INDIQUER LES MOIS HABITUELS D'EMPLOI : _____		

Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Partie 1				Information et consentement du patient À REMPLIR PAR LE PATIENT	
Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms)			Téléphone au domicile (avec indicatif régional)		Cellulaire (avec indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)					
Nom de l'employeur (le cas échéant)		Numéro du contrat ou de la police		Numéro du certificat (le cas échéant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)			Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa)		
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :					Indiquez vos :
Nom du médicament		Posologie (mg)		Fréquence	
1. _____		_____		_____	
2. _____		_____		_____	
3. _____		_____		_____	
4. _____		_____		_____	
5. _____		_____		_____	
					Taille : _____
					Poids : _____
					Main dominante :
					Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
<p>J'autorise par la présente la communication à La Corporation d'assurance First Canadian ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime/de la police d'assurance. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne pourra pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</p>					
Signature du patient			Date du consentement (jj/mm/aaaa)		
Partie 2		Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)			
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____					
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.					
Diagnostic					
Diagnostic primaire : _____					

Diagnostic secondaire ou complications : _____					

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Vaginal <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>					

La condition est-elle attribuable :

à une maladie professionnelle? Oui ☐ Non ☐

à un accident du travail? Oui ☐ Non ☐

à un accident de la route? Oui ☐ Non ☐

à un autre type d'accident? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) : _____

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande?

(autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____

Date de votre première consultation avec le patient
relativement à cette condition (jj/mm/aaaa) : _____

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la
condition (jj/mm/aaaa) : _____

Traitement

Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la **Partie 1**)

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐ (préciser) _____

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐

Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) :

Fournisseur du traitement : _____

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

Veuillez expliquer. _____

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?

Réponse complète ☐ Réponse partielle ☐ Aucune réponse ☐ Trop tôt pour se prononcer ☐

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, précisez. _____

Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐ Une hospitalisation est-elle prévue? Oui ☐ Non ☐

A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui ☐ Non ☐

Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :

Date d'admission (jj/mm/aaaa)

Date de sortie (jj/mm/aaaa)

Nom de l'établissement

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____
2. _____



- Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez vous arrêter ici et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.

Examens



Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – **ne pas fournir de résultats de tests génétiques**
- rapports de consultation
- notes cliniques

Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui ☐ Non ☐

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____
2. _____

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.

Oui ☐ Non ☐

Nom du spécialiste

Spécialité

Date (jj/mm/aaaa)

1. _____
2. _____

Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). _____

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration ☐ Aucune évolution ☐ Détérioration ☐

Restrictions et limitations

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient. _____

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de la condition? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) : _____ Type de permis : _____

Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient?

Oui ☐ Non ☐

☐ Problèmes sur le lieu de travail ☐ Problèmes sociaux/familiaux ☐ Problèmes financiers/juridiques

☐ Problèmes de personnalité ☐ Dépendance ☐ Autre

Veuillez préciser. _____

Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement.

Retour au travail

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser.

Avis au médecin/professionnel de la santé

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)

Spécialité et numéro de permis/d'inscription

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Téléphone (avec indicatif régional)

Télécopieur (avec indicatif régional)

Courriel

Signature