

ATTENTION ! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ASSURÉE

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification	Date de naissance
			Année Mois Jour
Nom		Prénom	
		Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N°, rue, app.		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail/cellulaire)

- A STATUT FISCAL**
 célibataire monoparental marié ou conjoint de fait
- B PERSONNES À CHARGE**
 Conjoint: Non Oui Enfants: Non Oui – Si oui, nombre: _____
- C Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation ?** Non Oui – Si oui, date de début: _____
Année Mois Jour
- Si oui, précisez la nature des activités: _____
- D L'invalidité résulte-t-elle d'un accident ?** Non Oui – Si oui, décrire les circonstances, la date et le lieu.

Il est de votre responsabilité de nous fournir, tel que demandé sur le formulaire du médecin traitant, une copie complète de votre dossier médical depuis le début de votre arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les résultats de tests génétiques.

		NON			SI OUI			SI REFUSÉE	
					À l'étude	Acceptée	Refusée	Décision contestée ?	
							Oui	Non	
E	Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous ?								
	PROGRAMME								
	Assurance emploi (DRHC)	Si acceptée, date de début des prestations: _____							
	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)								
	Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)								
	Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)								
	RÉGIME: Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pension du Canada (RPC)								
	Retraite Québec (RREGOP ou RRPE)								
	Régime de retraite privé								
	Autres polices d'assurance collective: _____								

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Veillez remplir, signer et dater les sections *Déclaration et autorisation, Engagement de remboursement et Inscription au dépôt direct des prestations d'invalidité* à la page suivante.

2. DÉCLARATION ET AUTORISATION

« Je certifie que les renseignements donnés à la page précédente sont complets et véridiques.

J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée

3. ENGAGEMENT DE REMBOURSEMENT

« Je, soussignée, m'engage à rembourser à La Capitale assureur de l'administration publique inc. toute somme qui pourrait m'avoir été payée en trop par ladite compagnie à titre de prestations d'assurance invalidité, à la suite de la réception d'une rente provenant :

- de Régime de rentes du Québec (RRQ)
- du Régime de pensions du Canada (RPC)
- de Retraite Québec (RREGOP ou RRPE)
- de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)
- de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- de la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)
- de tout autre organisme gouvernemental
- d'une compagnie d'assurance suite à un changement d'assureur

sous réserve des dispositions de mon contrat d'assurance collective avec ledit assureur. J'adresserai ce remboursement à l'assureur à la réception de tout paiement des organismes susmentionnés.

Tout défaut de ma part relatif au remboursement prévu au présent engagement entraînera automatiquement une retenue de mes prestations d'assurance invalidité.

De plus, en cas de décès, j'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à se rembourser à même le produit de ma protection d'assurance vie.

Il est entendu qu'un avis de refus à une rente d'invalidité de la part du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de Retraite Québec (RREGOP ou RRPE), de tout autre régime gouvernemental ou d'une compagnie d'assurance suite à un changement d'assureur me dégage de tout engagement de remboursement prévu au paragraphe précédent, à la condition de produire photocopie de tel document de refus et d'avoir demandé au moins une révision du dossier après le premier refus, selon les dispositions de mon contrat. »

Une photocopie de cet engagement a la même valeur que l'original.

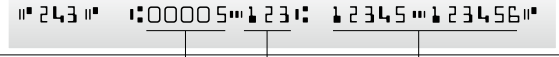
Signé à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée

4. INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Par la présente, j'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations dans mon compte bancaire. **Veillez compléter les informations bancaires ci-après et joindre un spécimen de chèque.**



 ■ 243 ■ ■ 00005 ■ 23 ■ ■ 2345 ■ ■ 23456 ■ ■

Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte

_____ _____ _____

Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte

Dans le cas où un dépôt ne pourrait être effectué, nous vous enverrons un chèque.

Signé à : _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée