

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne assurée	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne assurée
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Année Mois Jour	N° de contrat N° de client

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 Profession de la personne assurée: _____

- 2 Nom et téléphone de l'employeur: _____

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ind. rég.	Téléphone

- 3 Début de l'invalidité:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Année	Mois	Jour

- 4 Dernier jour de travail:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Année	Mois	Jour

- 5 La personne assurée est-elle encore totalement invalide? Oui Non – **Si non**, date de fin de l'invalidité:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Année	Mois	Jour

- 6 La personne assurée a-t-elle travaillé à temps partiel depuis le début de son invalidité? Oui Non
Si oui, combien de jours ou d'heures par semaine? _____

- 7 Retour au travail à temps plein:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Année	Mois	Jour

- 8 Retour progressif au travail:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Année	Mois	Jour

- 9 Motif de l'invalidité: _____

- 10 Si l'invalidité résulte d'un accident, quelles sont les circonstances? _____

- 11 Si l'invalidité résulte d'une maladie, la personne assurée a-t-elle déjà souffert de cette maladie ou d'une maladie similaire? Oui Non
Si oui, détails et dates des tests, examens, traitements: _____

12 Nom et adresse du médecin personnel de la personne assurée :

Nom du médecin _____

Adresse (n°, rue, ville, province) _____

Code postal					

13 Nom et adresse des autres médecins consultés :

Nom	Adresse	Date de la consultation												
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Année</td> <td colspan="2">Mois</td> <td colspan="2">Jour</td> </tr> </table>							Année		Mois		Jour	
Année		Mois		Jour										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Année</td> <td colspan="2">Mois</td> <td colspan="2">Jour</td> </tr> </table>							Année		Mois		Jour	
Année		Mois		Jour										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Année</td> <td colspan="2">Mois</td> <td colspan="2">Jour</td> </tr> </table>							Année		Mois		Jour	
Année		Mois		Jour										

14 Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où la personne assurée a reçu des traitements ou a été hospitalisée :

Nom (hôpital ou établissement) _____

Adresse (n°, rue, ville, province) _____

Durée de l'hospitalisation : du

Année		Mois		Jour	

 au

Année		Mois		Jour	

Traitement/opération : _____

Nom (hôpital ou établissement) _____

Adresse (n°, rue, ville, province) _____

Durée de l'hospitalisation : du

Année		Mois		Jour	

 au

Année		Mois		Jour	

Traitement/opération : _____

Nom (hôpital ou établissement) _____

Adresse (n°, rue, ville, province) _____

Durée de l'hospitalisation : du

Année		Mois		Jour	

 au

Année		Mois		Jour	

Traitement/opération : _____

15 La personne assurée prend-elle des médicaments? Oui Non – Si oui:

Nom du médicament	Posologie
_____	_____
_____	_____
_____	_____

16 Est-ce que la personne assurée fume la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait l'usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique? Oui Non

Si oui:	Si non:
Depuis quand la personne assurée fume-t-elle? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	Est-ce que la personne assurée a déjà fait usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Usage quotidien: _____	Si oui, date de cessation: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour

17 La personne assurée a-t-elle présenté ou présentera-t-elle une demande de règlement pour cette maladie à un organisme public (Retraite Québec, CNESST, SAAQ), à une autre compagnie d'assurance ou aux deux? Oui Non – Si oui:


Nom de l'organisme ou de la compagnie d'assurance	Numéro de dossier	Demande déjà soumise	Date de la demande	Statut de la demande
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude

18 Renseignements additionnels: _____

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 _____
Signature de la personne assurée

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province) _____ Code postal _____

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste)