

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Invalidité longue durée

Demande initiale

Ce formulaire doit être rempli par l'assuré ou par quelqu'un en son nom s'il est incapable de le remplir lui-même. L'assureur se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires s'il le juge nécessaire. L'assureur n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)

Nom	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance Année Mois Jour
Adresse		
	Code postal	
Téléphones : Résidence Travail	Profession/occupation :	
Nom de l'employeur :	N° de téléphone :	

1 Dernier jour de travail : Année Mois Jour	3 Êtes-vous encore totalement invalide ? <input type="checkbox"/> Non – date de fin d'invalité : Année Mois Jour <input type="checkbox"/> Oui – sans interruption depuis le : Année Mois Jour
2 Début de l'invalité : Année Mois Jour	

4 Avez-vous travaillé à temps partiel depuis le début de votre invalité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , combien de jours ou d'heures/semaine ?	5 a) Retour au travail à temps complet : Année Mois Jour b) Retour progressif au travail : Année Mois Jour
---	---

6 Votre invalité résulte-t-elle d'un accident ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , décrivez les circonstances de l'accident.
7 Si l'invalité est causée par une maladie, avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'une maladie semblable ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , quand et expliquez.
8 Nature de l'invalité actuelle :
9 Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

10 a) Médecins consultés durant votre invalité actuelle : Nom et adresse des médecins	Date Année Mois Jour	Traitements/opérations
b) Dans quels hôpitaux avez-vous reçu les traitements pour cette invalité ? Nom et adresse des hôpitaux	Du Année Mois Jour au Année Mois Jour Du Année Mois Jour au Année Mois Jour Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	

11 Faites-vous usage de tabac ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , indiquez la quantité par jour : Si non , avez-vous fait usage de tabac dans le passé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , à quelle date avez-vous cessé ?	Depuis quand fumez-vous ? Année Mois
--	---

12 Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public (CARRA, CSST, RRQ, SAAQ), une compagnie d'assurance ou aux deux ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui , à quel organisme ? Autre : Nom de la compagnie d'assurance	Date de votre demande : Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude
	Numéro de dossier	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude

Veuillez fournir tout autre renseignement ayant trait à cette demande qui n'aurait pas été donné aux réponses précédentes :

Je déclare que les réponses sont complètes et véridiques

Date Signature de la personne assurée