

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**Toutes les autres provinces**  
**Règlements, Invalidité**  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

**Nature de la demande :** Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

**DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**PARTIE 1 – COORDONNÉES**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin  Masculin

N° de police : 28840 N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

A	M	J

 Emploi : \_\_\_\_\_ Langue : Français  Anglais

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE**

1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez :

- Lieu de l'accident : Domicile  Travail  Ailleurs  (Précisez.) \_\_\_\_\_

- Date de l'accident : 

A	M	J

 Circonstances : \_\_\_\_\_

- S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur  passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.

2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – EMPLOI**

Date d'embauche : 

A	M	J

 Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date : 

A	M	J

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. \_\_\_\_\_

2. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir. \_\_\_\_\_

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire? Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE**

1. Êtes-vous obligé de rester à la maison? Non  Oui

Êtes-vous alité? Non  Oui

Êtes-vous hospitalisé? Non  Oui

2. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence : \_\_\_\_\_

3. Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie : \_\_\_\_\_

## PARTIE 5 – REVENUS D'AUTRES PROVENANCES

Avez-vous présenté ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants?

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire Non  Oui  Date 

A	M	J
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non  Oui  Date 

--	--	--
- Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) Non  Oui  Date 

--	--	--
- Régie des rentes du Québec (RRQ) : Rente d'invalidité  Rente de retraite  Non  Oui  Date 

--	--	--
- Régime de pensions du Canada (RPC) : Rente d'invalidité  Rente de retraite  Non  Oui  Date 

--	--	--
- Autre (Précisez.) : \_\_\_\_\_ Date 

--	--	--

**Si la demande a déjà été présentée, veuillez nous fournir une copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.**

## PARTIE 6 – MÉDECINS ET ANTÉCÉDENTS

1. Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date de la première visite : 

A	M	J

  
Adresse : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé? Non  Oui  Date : 

A	M	J

  
Hôpital : \_\_\_\_\_
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? \_\_\_\_\_
4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois? \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable? Non  Oui  Date : 

A	M	J
6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive? Non  Oui
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication? Non  Oui   
En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement? Non  Oui
8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin

## PARTIE 7 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé mandataire de l'employeur à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité;
- (ii) iA Groupe financier à échanger avec mon employeur/titulaire de police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) iA Groupe financier et mon employeur/titulaire de police à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification dans le traitement de ma demande.

Une photocopie de la présente « Confirmation et autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Confirmation et autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date : 

A	M	J

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

--	--	--	--	--	--

Tél. au domicile : 

--	--	--	--	--	--

 Tél. au travail : 

--	--	--	--	--	--

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.