

Demande de règlement invalidité (demande initiale) Déclaration de l'employé(e)

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

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

Numéro d'assurance sociale _____ Langue: Français Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____ Sexe: F M

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Télécopieur _____ Courriel _____

Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Travail _____ Téléphone – Cellulaire _____

Section 1 Renseignements généraux

Formation : _____ Langue parlée : Français Anglais
 Niveau d'éducation : _____ Langue écrite : Français Anglais
 Expérience de travail : _____

Si vous avez de l'assurance accident ou maladie par le biais d'un syndicat, créancier, hypothèque, automobile ou autre association, d'un autre employeur ou d'un contrat d'assurance individuelle, veuillez compléter ce qui suit :

Nom de l'assureur	Police	Certificat	Date du début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Période de prestations (JJ/MM/AAAA)	Montant des prestations	Hebdomadaire ou Mensuelle
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
			___/___/___	___/___/___ au ___/___/___	\$	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Section 2 Motif de la demande

1. Si le congé de maladie est dû à un accident, préciser :

A) Lieu de l'accident : Maison Travail Ailleurs (spécifier) _____

B) Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

C) Circonstances : _____

D) S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur passager
 Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez soumettre le rapport de police.

2. Votre présent arrêt de travail est-il lié à des problèmes d'ordre professionnel? Oui Non

Veuillez préciser : _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 3 Emploi

Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

Depuis quand êtes vous inapte au travail? (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. _____

2. Décrivez les tâches de votre emploi que vous ne pouvez plus accomplir. _____

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupez-vous un deuxième emploi? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____

Section 4 Situation actuelle

1. A) Êtes-vous confiné(e) à la maison? Oui Non
B) Êtes-vous alité(e)? Oui Non
C) Êtes-vous hospitalisé(e)? Oui Non
2. Décrivez tous vos symptômes, incluant la sévérité et la fréquence. _____

3. Décrivez votre routine quotidienne depuis le début du présent arrêt de travail. _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 5 Revenus d autres sources

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit? Oui Non
2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources en raison de votre problème de santé.

Source	Demande soumise	Intention de soumettre une demande	Date de la demande de réclamation (JJ/MM/AAAA)	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fréquence et montant des paiements
Régime de pensions du Canada/ Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Commission des accidents du travail/CSST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance-emploi du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Prestation d'assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie collective ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/___	___/___/___	

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE CONFIRMANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION

Section 6 Médecin et antécédents

1. Nom de votre médecin traitant : _____ Date de la première visite : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Télécopieur : _____
2. Avez-vous été hospitalisé pour ce problème de santé? Oui Non Date : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Nom de l'hôpital : _____ Lieu : _____
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? _____

4. Date de la première consultation médicale pour ce problème de santé? (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
5. Avez-vous déjà eu une condition médicale ou subi une blessure de nature semblable? Oui Non Date (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
6. Pourriez-vous reprendre le travail de façon progressive? Oui Non
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit des médicaments? Oui Non Si oui, les prenez-vous régulièrement? Oui Non

Nom de l'employé(e) : _____

Section 6 Médecin et antécédents (suite)

8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité(e) au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement (JJ/MM/AAAA)	Traitement prescrit, médicament, autres	Nom du médecin	Adresse du médecin
	___ / ___ / ____			
	___ / ___ / ____			
	___ / ___ / ____			
	___ / ___ / ____			
	___ / ___ / ____			

Section 7 Autorisation et attestation

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective et à tout autre formulaire ou document complémentaire, j'autorise Assomption Vie, Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie du Canada, ses employés, ses représentants, ainsi que ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux, et toute autre personne ou partie que j'autorise.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement des prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tout antécédent médical et toute prestation.

Je transfère et cède à Assomption Vie, et j'accepte de payer et de rembourser à Assomption Vie, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui est recevable de toute autre source, y compris, mais sans s'y limiter, le Régime de pensions du Canada, la Commission des accidents du travail et tout autre contrat d'assurance.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.

Prénom et nom de l'employé(e) (en lettres moulées)

Signature de l'employé(e)

Date (JJ/MM/AAAA)