

FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ

Pour les plans standards, de paiement partiel et de mutilation

DIRECTIVES

LA SOUMISSION DE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS DÛMENT REMPLIS EST ESSENTIELLE AU PROMPT TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

- FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR
- DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Veillez vous assurer que tous les formulaires ci-joints sont dûment remplis, que la signature d'un témoin est apposée aux endroits indiqués et que tous les renseignements figurant sur les formulaires soient fournis par vous, votre employeur et votre médecin. (Les formulaires incomplets seront retournés aux fins de correction, ce qui retardera notre processus de traitement de votre demande de règlement d'invalidité et nos services envers vous.)

Notez que les documents suivants sont également requis :

- Une copie de votre contrat de financement (pour la vérification du créancier et du prêt)
- Une copie de votre permis de conduire (pour la confirmation/vérification de l'âge)
- Une copie de votre rapport d'accident de véhicule routier et du devis de réparation (pour les invalidités découlant d'un accident de véhicule)
- Une copie de votre lettre d'acceptation ou de refus émise par la commission des accidents du travail de votre province (si votre blessure ou maladie est liée au travail)
- Une copie du relevé d'emploi relatif à votre emploi précédent (si votre employeur actuel n'est pas celui que vous aviez à la date d'entrée en vigueur de l'assurance)

Avant de soumettre votre demande de règlement d'invalidité dans le but d'obtenir des prestations, veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS ».

En vertu des conditions de la police, la preuve de la demande de règlement doit être soumise à notre compagnie sur les formulaires fournis par celle-ci dans les **quatre-vingt-dix jours** suivant l'événement donnant lieu à la demande, et vous devez être totalement invalide pendant plus longtemps que la période d'attente spécifiée sur votre certificat d'assurance pour prétendre à des prestations. Si la demande est acceptée, les prestations d'invalidité seront calculées à partir d'au plus tôt 90 jours avant la date de réception de la preuve de demande de règlement. En aucun cas une preuve de demande de règlement ne sera considérée comme valide si elle a été déposée plus d'un an après l'événement donnant lieu à la demande.

Nous souhaitons vous rappeler qu'il est de votre responsabilité de continuer de verser vos paiements à votre créancier jusqu'à ce que votre demande de règlement d'invalidité soit acceptée et approuvée par nous aux fins de paiement. Comme nos modalités de paiement à titre d'assureur diffèrent des modalités de paiement prescrites par votre créancier, nous vous recommandons de communiquer avec votre créancier afin de vous assurer de ne pas manquer à vos obligations pendant le traitement de votre demande de règlement d'invalidité.

TOUTES LES PRESTATIONS APPROUVÉES SERONT TRANSMISES DIRECTEMENT À VOTRE CRÉANCIER.

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER RAPIDEMENT VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ.
(Immédiatement après l'apparition d'une invalidité admissible)**

SUITE À LA RÉCEPTION DE VOS FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DÛMENT REMPLIS, NOUS VOUS AVISERONS :

- DE NOTRE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
- DU MOMENT OÙ VOTRE DEMANDE EST APPROUVÉE ET DONNE LIEU AU PAIEMENT, LE CAS ÉCHÉANT
- DU FAIT QUE VOTRE DEMANDE NE PEUT ÊTRE TRAITÉE, LE CAS ÉCHÉANT, EN VOUS INDIQUANT POURQUOI

LES DÉPENSES INITIALEMENT ENCOURUES AFIN DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS POUR LA PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RELÈVENT DE LA RESPONSABILITÉ DU DEMANDEUR

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si vous êtes admissible aux prestations d'invalidité, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom afin de mieux pouvoir déterminer votre admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital* ou *d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (vos antécédents médicaux) et de l'information sur votre traitement actuel. Nous pourrions également devoir communiquer avec votre *organisme provincial des services de santé* pour obtenir un descriptif des prestations payées, ainsi qu'avec votre pharmacien pour obtenir une liste de vos médicaments prescrits. Il se peut également que, de temps à autre, nous communiquions avec vos *médecins* ou avec *d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements à jour concernant votre état actuel.

Il se pourrait aussi que nous devions communiquer avec votre employeur actuel et votre employeur précédent afin de clarifier votre statut d'emploi au moment de l'achat de cette police, d'obtenir des renseignements sur vos fonctions au travail ainsi que pour faire des vérifications relatives à une date de retour au travail.

En cas d'accident de véhicule routier (ou de blessure aiguë, s'il y a lieu), nous pourrions exiger des renseignements au sujet de votre accident à l'*organisme d'application de la loi* applicable et à votre *compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à votre créancier afin d'être appliquées à votre prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut de votre compte.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés en votre nom. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, créancier, employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et sur l'emploi de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

Signature du demandeur

Date

Signature du témoin

Numéro de certificat
(Voir la demande d'assurance)

Nom en caractères d'imprimerie

Ce consentement est valable pour :

- La durée de la police
- La présente demande de règlement seulement
- Autre _____

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

NOM LÉGAL COMPLET		ADRESSE POSTALE	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR veuillez joindre une copie de votre permis de conduire
NO DE TÉLÉPHONE (INDIQUEZ L'INDICATIF RÉGIONAL) RÉSIDENTIEL () TRAVAIL ()		VILLE / PROVINCE	NUMÉRO DE CERTIFICAT (Voir la demande d'assurance)
COURRIEL : ACCEPTÉZ-VOUS DE CORRESPONDRE PAR COURRIEL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		CODE POSTAL	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL
RÉSIDIEZ-VOUS DANS LA MÊME PROVINCE AU COURS DES SIX (6) MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE POLICE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI VOUS AVEZ SÉLECTIONNÉ NON, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE :			

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE OBLIGATION FINANCIÈRE

DATE DU PRÊT ANNÉE MOIS JOUR	AGENT/AGENCE	
CRÉANCIER	ADRESSE DU CRÉANCIER	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
CE PRÊT A-T-IL ÉTÉ RENOUELÉ OU RÉVISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :	NUMÉRO DU PRÊT	PAIEMENT MENSUEL
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CONTRAT DE FINANCEMENT (S'IL EXISTE DES ADDENDAS ET DES RÉVISIONS, VEUILLEZ INCLURE CETTE DOCUMENTATION)		
DISPOSEZ-VOUS DE PLUS D'UN PRÊT EN COURS ASSURÉS PAR LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? LE CAS ÉCHÉANT, VOUS DEVREZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA SECTION 2 EN CE QUI A TRAIT À VOS AUTRES OBLIGATIONS FINANCIÈRES. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

SECTION 3 – AU SUJET DE VOTRE INVALIDITÉ

QUELLE EST LA MALADIE OU LA BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS?		LIEU DE L'ACCIDENT <input type="checkbox"/> RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AILLEURS Si l'accident est survenu ailleurs, veuillez préciser : _____
QUAND CES SYMPTÔMES SE SONT-ILS MANIFESTÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS? ANNÉE MOIS JOUR	QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION? ANNÉE MOIS JOUR	AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LA MÊME CONDITION OU UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT? SI OUI, QUAND? ANNÉE MOIS JOUR NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____
SI VOTRE CONDITION RÉSULTE D'UNE BLESSURE, VEUILLEZ DÉCRIRE COMMENT CETTE BLESSURE EST SURVENUE.		
VEUILLEZ DÉCRIRE VOS SYMPTÔMES ET COMMENT ILS VOUS EMPÊCHENT DE RETOURNER AU TRAVAIL.		

<p>VOTRE DEMANDE DE RÉGLEMENT EST-ELLE LIÉE À VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ FOURNIR LE NUMÉRO DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE : _____</p> <p>NOM ET NO DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____</p> <p>VEUILLEZ ÉGALEMENT FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS ÉMISE PAR LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE.</p>	<p>SI VOTRE DEMANDE DE RÉGLEMENT EST LIÉE À VOTRE TRAVAIL, MAIS N'A PAS ÉTÉ ACCEPTÉE PAR LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DE VOTRE PROVINCE (OU SI VOUS N'AVEZ PAS SOUMIS DE DEMANDE D'INDEMNISATION), VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS À CE SUJET.</p> <p>_____</p>
<p>VOTRE DEMANDE DE RÉGLEMENT EST-ELLE DUE À UN ACCIDENT DE VÉHICULE ROUTIER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU RAPPORT D'ACCIDENT DE VÉHICULE ROUTIER AINSI QU'UNE COPIE DU DEVIS DE RÉPARATION (OU DE LA PREUVE DE PERTE TOTALE).</p>	<p>NOM DE L'ASSUREUR : _____</p> <p>N° DE DEMANDE D'INDEMNISATION AUPRÈS DE L'ASSUREUR : _____</p> <p>NOM DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____</p> <p>N° DE TÉLÉPHONE DE L'EXPERT D'ASSURANCES : _____</p>

<p>NOM DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE INVALIDITÉ</p> <p>QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?</p>	<p>ADRESSE DU MÉDECIN</p> <p>VILLE PROVINCE CODE POSTAL</p>	<p>N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN</p> <p>TÉLÉPHONE : ()</p> <p>TÉLÉCOPIER : ()</p>
<p>PRÉCISIONS SUR LE TRAITEMENT PROVENANT DE TOUT AUTRE ÉTABLISSEMENT (EX. : PHYSIOTHÉRAPIE, CHIROPRAITIE)</p> <p>QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CET ÉTABLISSEMENT?</p>	<p>ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>VILLE PROVINCE CODE POSTAL</p>	<p>N° DE TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>TÉLÉPHONE : ()</p> <p>TÉLÉCOPIER : ()</p>
<p>NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ</p> <p>QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?</p>	<p>ADRESSE DU MÉDECIN</p> <p>VILLE PROVINCE CODE POSTAL</p>	<p>N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN</p> <p>TÉLÉPHONE : ()</p> <p>TÉLÉCOPIER : ()</p>
<p>NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION</p> <p>QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?</p>	<p>ADRESSE DU MÉDECIN</p> <p>VILLE PROVINCE CODE POSTAL</p>	<p>N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN</p> <p>TÉLÉPHONE : ()</p> <p>TÉLÉCOPIER : ()</p>
<p>VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES PHARMACIES OU VOUS OBTENEZ VOS MÉDICAMENTS PRESCRITS.</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>	<p>NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE</p>	<p>MÉDICAMENTS PRESCRITS</p>
<p>AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>SI OUI, QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL?</p> <p>VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET DU SOMMAIRE D'HOSPITALISATION.</p>	<p>DATES D'HOSPITALISATION</p> <p>DU _____</p> <p>AU _____</p>

VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES VOUS AVEZ SOUSCRIT UNE ASSURANCE INVALIDITÉ, AINSI QUE LEURS ADRESSES, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. JE COMPRENDS QUE TOUTES LES CONVERSATIONS TÉLÉPHONIQUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE LA CAFCC SONT ENREGISTRÉES AUX FINS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ, DE FORMATION ET DE RÉOLUTION DES LITIGES.

Signature

Date

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE MÉDECIN)

REMARQUE À L'INTENTION DU MÉDECIN : CETTE DÉCLARATION SERVIRA À DÉTERMINER LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE VOTRE PATIENT. LA CONSIGNATION DE RENSEIGNEMENTS CLAIRS ET COMPLETS SUR LA CAUSE, LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT ACCÉLÉRERONT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE RÉGLEMENT.

NOM DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL
----------------	-------------------	---------------------------------------

QUELLE EST LA CONDITION RENDANT CE PATIENT INVALIDE? (DIAGNOSTIC)

L'INVALIDITÉ DÉCLARÉE EMPÊCHE-T-ELLE CE PATIENT D'ACCOMPLIR SON TRAVAIL? OUI NON LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ REMPLIR LE RESTE DU PRÉSENT FORMULAIRE.

À QUELLE DATE CETTE CONDITION A-T-ELLE RENDU LE PATIENT TOTALEMENT INVALIDE L'EMPÊCHANT AINSI D'ACCOMPLIR LES FONCTIONS DE SON EMPLOI?

ANNÉE MOIS JOUR

SYMPTÔMES

CE PATIENT A-T-IL D'AUTRES CONDITIONS MÉDICALES QUI POURRAIENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR CETTE INVALIDITÉ? SI OUI, PRÉCISEZ :

VEUILLEZ FOURNIR UN BREF HISTORIQUE DE LA CONDITION.

HISTORIQUE DE LA MALADIE OU DE LA BLESSURE AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES SYMPTÔMES DE CE PATIENT SONT APPARUS POUR LA PREMIÈRE FOIS LE

ANNÉE MOIS JOUR

CE PATIENT A ÉTÉ VU LA DERNIÈRE FOIS POUR CETTE CONDITION LE

ANNÉE MOIS JOUR

CE PATIENT A ÉTÉ VU LA PREMIÈRE FOIS POUR CETTE CONDITION LE

ANNÉE MOIS JOUR

CE PATIENT FRÉQUENTE MON CABINET DEPUIS LE

ANNÉE MOIS JOUR

AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE, CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE LA MÊME CONDITION OU D'UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES DES VISITES ANTÉRIEURES RELATIVES À CETTE CONDITION.

CE PATIENT S'ÉTAIT-IL COMPLÈTEMENT RÉTABLI? OUI NON SI OUI, QUAND?

CETTE CONDITION EST-ELLE LIÉE À LA CONSOMMATION DE DROGUES? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES DROGUES CONCERNÉES ET LEUR RAPPORT AVEC LA CONDITION.

CETTE CONDITION EST-ELLE LIÉE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL? OUI NON

CE PATIENT A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN PROGRAMME DE RÉHABILITATION? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE D'INSCRIPTION

DURÉE PRÉVUE

LA CONDITION EST-ELLE DUE À UNE BLESSURE OU À UNE MALADIE SURVENUE EN RAISON DE L'EMPLOI DE CE PATIENT?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SI OUI, AVEZ-VOUS REMPLI DES FORMULAIRES POUR CE PATIENT AUX FINS D'INDEMNISATION AUPRÈS DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

DÉCRIRE LA FRÉQUENCE DES VISITES (P. EX., HEBDOMADAIRE, MENSUELLE)	INDIQUER TOUTES LES DATES DES VISITES RELATIVES À CETTE CONDITION :
--	---

VEUILLEZ DÉCRIRE LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ POUR CE PATIENT	CE PATIENT SUIV-IL LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI LA RÉPONSE EST NON, VEUILLEZ ÉLABORER :
---	--

VEUILLEZ EXPLIQUER À QUEL POINT LA CONDITION DE CE PATIENT NUIT À SA CAPACITÉ D'ACCOMPLIR SON TRAVAIL.

LES TROUBLES MENTAUX OU NERVEUX DU PATIENT RÉDUISENT-ILS SA CAPACITÉ À TRAVAILLER? (LE CAS ÉCHÉANT, PRÉCISEZ)

CE PATIENT A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOLOGUE OU UN NEUROLOGUE? OUI NON

LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM DE CE MÉDECIN AINSI QU'UNE COPIE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION ET DE TOUT RAPPORT DE CONSULTATION.

QUAND PRÉVOYEZ-VOUS QUE LE PATIENT SERA SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR EXÉCUTER DES TÂCHES MODIFIÉES OU LÉGÈRES?	QUAND PRÉVOYEZ-VOUS QUE LE PATIENT SERA SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR EXÉCUTER TOUTES LES TÂCHES ESSENTIELLES À SON EMPLOI?
SI LE DÉLAI EST INDÉTERMINÉ, VEUILLEZ L'ESTIMER : <input type="checkbox"/> 1 À 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 À 6 MOIS <input type="checkbox"/> PLUS DE 6 MOIS	SI LE DÉLAI EST INDÉTERMINÉ, VEUILLEZ L'ESTIMER : <input type="checkbox"/> 1 À 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 À 6 MOIS <input type="checkbox"/> PLUS DE 6 MOIS

CE PATIENT A-T-IL ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN SPÉCIALISTE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, DATE DE LA RÉFÉRENCE : _____	VEUILLEZ INDIQUER LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ TRAITANT CETTE CONDITION (NOM, ADRESSE ET N° DE TÉLÉPHONE)
VEUILLEZ FOURNIR DES COPIES DES DEMANDES DE CONSULTATION ET DE TOUTS LES RAPPORTS DE CONSULTATION SUBSÉQUENTS.	VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE RÉPONSE TOUT RAPPORT PROVENANT DE CES SOURCES.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES
VEUILLEZ FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT OU COMMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE POUVANT ÊTRE UTILE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE RÉGLEMENT DE VOTRE PATIENT, Y COMPRIS TOUTE PHOTOCOPIE DE DOCUMENTS JUSTIFICATIFS (PAR EXEMPLE, RÉSULTATS DE BIOPSIE, DE RADIOGRAPHIE, ETC.).

À VOTRE AVIS, UN EXAMEN MÉDICAL INDÉPENDANT PROFITERAIT-IL À LA CORPORTATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? OUI NON

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

SIGNÉ A	DATE
VILLE	ANNÉE
PROVINCE	MOIS
SIGNATURE DU MÉDECIN	JOUR
	NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

TOUS FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR
(DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL)
SI TRAVAILLEUR AUTONOME, REMPLIR ÉGALEMENT LA PAGE 4a

NOM DE L'EMPLOYÉ (DEMANDEUR)		NUMÉRO D'EMPLOYÉ	
NOM DE L'EMPLOYEUR (NOM DE L'ENTREPRISE)		ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
		VILLE PROVINCE CODE POSTAL	
N° DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR		TÉLÉPHONE : ()	
TÉLÉCOP : ()			
DATE À LAQUELLE L'EMPLOYÉ A COMMENCÉ À TRAVAILLER POUR VOTRE ENTREPRISE		TYPE D'EMPLOI	
ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> APPRENTI	
DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ		ANNÉE MOIS JOUR	
SI L'EMPLOI EST À TEMPS PARTIEL OU OCCASIONNEL, VEUILLEZ DÉCRIRE L'HORAIRE ET LE NOMBRE D'HEURES TRAVILLÉES EN MOYENNE PAR SEMAINE.			
SI L'EMPLOI EST SAISONNIER, DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES L'EMPLOYÉ TRAVAILLE-T-IL POUR CETTE ENTREPRISE?		SI L'EMPLOI EST SAISONNIER, VEUILLEZ FOURNIR L'HORAIRE DE TRAVAIL ANNUEL.	
QUEL EST LE POSTE OCCUPÉ PAR CET EMPLOYÉ?		VEUILLEZ DÉCRIRE LES TÂCHES PRINCIPALES DE CE POSTE.	
OFFREZ-VOUS DES TÂCHES LÉGÈRES OU MODIFIÉES À VOS EMPLOYÉS?		LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ DÉCRIRE BRIÈVEMENT :	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
CET EMPLOYÉ A-T-IL OCCUPÉ D'AUTRES POSITIONS AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE?		LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDIQUER LES POSITIONS OCCUPÉES ET LES TÂCHES PRINCIPALES DE CES POSITIONS.	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
S'AGISSAIT-IL D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL?	UNE DEMANDE D'INDEMNISATION A-T-ELLE ÉTÉ SOUMISE À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	L'EMPLOYÉ A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL EN RAISON DU MÊME PROBLÈME DE SANTÉ OU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ SIMILAIRE?	QUELLE EST LA RAISON ASSOCIÉE AU DERNIER JOUR TRAVAILLÉ?
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON VEUILLEZ FOURNIR LE NUMÉRO DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, QUAND? _____	<input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> GRÈVE <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> DÉMISSION <input type="checkbox"/> LOCK-OUT <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : _____
Y A-T-IL EU DES JOURS PENDANT LESQUELLES L'EMPLOYÉ A TRAVAILLÉ DEPUIS LA DATE DE L'INVALIDITÉ?	SI OUI, VEUILLEZ SPÉCIFIER LES DATES :	DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		TÂCHES LÉGÈRES	
		ANNÉE MOIS JOUR	
		TÂCHES NORMALES	
		ANNÉE MOIS JOUR	
VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE COLLECTIVE DE VOTRE EMPLOYÉ, AINSI QUE TOUT NUMÉRO D'IDENTIFICATION ASSOCIÉ À CET EMPLOYÉ :			

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT, AU MELLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

NOM COMPLET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

TITRE

DATE

TOUS FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR

Suite à la page suivante

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI À LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE (Remplir seulement si l'employeur était différent de l'employeur actuel)

Veillez fournir une copie de votre relevé d'emploi émis par votre employeur précédent.

NOM DE L'EMPLOYEUR PRÉCÉDENT	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ COMMENCÉ À TRAVAILLER POUR CETTE ENTREPRISE	DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL ANNÉE MOIS JOUR	
<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> APPRENTI <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> CHÔMEUR	POSTE ET DESCRIPTION	

REMPHIR CETTE SECTION SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME

VEUILLEZ FOURNIR :

- PHOTOCOPIE DE VOTRE PERMIS D'EXPLOITATION D'ENTREPRISE
- PHOTOCOPIE DE L'AVIS DE COTISATION DE VOTRE ENTREPRISE AUPRÈS DE L'AGENCE DU REVENU DU CANADA POUR LES PÉRIODES SUIVANTES :
 - L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ACHAT DE VOTRE POLICE
 - L'ANNÉE LA PLUS RÉCENTE PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ
- VEUILLEZ AUSSI FOURNIR UNE COPIE DE L'ÉTAT DES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS D'UNE ENTREPRISE OU D'UNE PROFESSION LIBÉRALE (T2125) OU, SI VOTRE ENTREPRISE EXIGE UNE DÉCLARATION ALTERNATIVE TEL QUE L'ÉTAT DES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS D'UNE ENTREPRISE AGRICOLE (T2042), VEUILLEZ FOURNIR CES DOCUMENTS POUR LES PÉRIODES MENTIONNÉES CI-HAUT.

UNE FOIS QUE CES DOCUMENTS AURONT ÉTÉ RÉVISÉS, NOUS VOUS AVISERONS SI DE L'INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE SERA NÉCESSAIRE. CECI POURRAIT INCLURE L'INFORMATION SUIVANTE :

- PHOTOCOPIES DES BORDEREAUX DE PAIEMENT ET/OU FACTURES D'ENTREPRISE POUR LA PÉRIODE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE ET CELLE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ
- PHOTOCOPIES DES RELEVÉS BANCAIRES D'ENTREPRISE POUR LA PÉRIODE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ACHAT DE LA POLICE ET CELLE D'UN MOIS PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ.

VOTRE EXAMINATEUR/TRICE POURRA DISCUTER PLUS SPÉCIFIQUEMENT DE L'INFORMATION QUI SERA REQUISE AFIN DE SUPPORTER VOTRE ÉLIGIBILITÉ EN CE QUI A TRAIT À L'EMPLOI, UNE FOIS QUE VOS FORMULAIRES SERONT REÇUS.

NOM DE L'ENTREPRISE : _____	IDENTIFIANT D'ENTITÉ JURIDIQUE : _____	(POUR LES SOCIÉTÉS À NUMÉRO)
DATE DE DÉMARRAGE DE VOTRE ENTREPRISE : _____	NOMBRE D'EMPLOYÉS : _____	POURCENTAGE DE PARTICIPATION : _____
VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE DERNIER JOUR DE TRAVAIL EN RAISON DE VOTRE INVALIDITÉ : _____		
ACCOMPLISSEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES TÂCHES DANS LE CADRE DE VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ INDIQUER CES TÂCHES ET LA MANIÈRE DONT ELLES DIFFÈRENT DE VOS TÂCHES NORMALES : _____		
TYPE D'EMPLOI : <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> SAISONNIER		
S'IL S'AGIT D'UN TRAVAIL SAISONNIER, VEUILLEZ INDIQUER LES MOIS HABITUELS D'EMPLOI : _____		