

# GUIDE DE L'ASSURÉ

## Assurance invalidité



## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
Renseignements sur l'assuré .....	2
Renseignements sur l'emploi .....	3
Renseignements sur les revenus .....	3
Renseignements sur la condition médicale .....	4
Questions fréquentes.....	5

### FORMULAIRES À REMPLIR

- Déclaration de l'assuré
- Autorisations
- Demande de paiement par dépôt direct
- Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome
- Déclaration du médecin traitant

#### **AVIS IMPORTANT**

Votre demande de prestations doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité. Toute demande reçue après cette période pourrait être refusée.

## INTRODUCTION

Le présent guide fournit les renseignements relatifs aux demandes de prestations d'invalidité et regroupe les formulaires à remplir pour produire votre demande.

Vous trouverez dans les trois pages suivantes des informations qui vous aideront à remplir correctement les formulaires.

Vous trouverez à la page 5 les questions les plus fréquemment posées; mais si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous avant d'envoyer votre demande à l'adresse indiquée dans l'encadré ci-dessous. Vous pourrez ainsi éviter les délais inutiles. Veuillez noter que les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

**Croix Bleue Canassurance**  
**Règlements, assurances vie et invalidité**

**Téléphone :** 1-800-300-5002

**Télécopieur :** 1-877-590-7504

**Au Québec**

1981, avenue McGill College, bureau 105  
Montréal (Québec) H3A 0H6

**Courriel :** [reglements.vie.invalidite@qc.croixbleue.ca](mailto:reglements.vie.invalidite@qc.croixbleue.ca)

**En Ontario**

BP 4433, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 3Y7

**Courriel :** [reglements.vie.invalidite@ont.croixbleue.ca](mailto:reglements.vie.invalidite@ont.croixbleue.ca)

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Lisez attentivement les directives pour remplir adéquatement les formulaires suivants et assurez-vous de fournir tous les renseignements pertinents.

### DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

#### **Il est important de répondre à toutes les questions du formulaire**

Si vous avez présenté une demande de prestations à un autre assureur ou à un organisme gouvernemental, n'oubliez pas de joindre une copie d'un relevé de paiement ou de la correspondance reçue de cet organisme ou de cet assureur. Si vous n'avez eu aucune réponse à ce jour, joignez une photocopie de votre demande de prestations.

#### **Si vous faites une demande à la suite d'un accident**

L'accident est défini très précisément dans votre police d'assurance. Ainsi, un effort excessif ou un faux mouvement ne constitue généralement pas un accident. Si vous avez été victime d'un accident, il est important de décrire en détail l'événement qui a entraîné votre invalidité.

### AUTORISATION

- Ce feuillet contient 6 formulaires d'autorisation qui doivent tous être remplis, signés et datés. Ils pourront être utilisés pour obtenir les renseignements nécessaires à l'analyse de votre demande de prestations ou communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Assurez-vous de bien lire le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée.
- Une autorisation qui n'est pas dûment remplie et signée pourrait occasionner un délai dans le traitement de votre demande.
- Pour éviter tout délai inutile, il est préférable de signer au crayon à bille à encre bleue; certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

### DEMANDE DE PAIEMENT PAR DÉPÔT DIRECT

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

Il suffit de remplir le formulaire et de fournir un chèque portant la mention ANNULÉ.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Lisez attentivement les directives pour remplir adéquatement tous les formulaires requis et assurez-vous que votre employeur (s'il y a lieu) fournisse tous les renseignements pertinents.

### SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI

Veillez le préciser dans la section RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE du formulaire DÉCLARATION DE L'ASSURÉ.

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

- Remplissez la section IDENTIFICATION du formulaire.
- Faites remplir les autres sections par votre employeur si vous êtes salarié ou employé contractuel.
- Joignez à cette déclaration une description de tâches si ce document est disponible chez votre employeur.
- Joignez la copie du dernier relevé de paie avant votre invalidité.

### SI VOUS AVEZ PLUS D'UN EMPLOI

Assurez-vous de faire remplir une déclaration par chacun de vos employeurs.

### DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR AUTONOME

- Remplissez ce formulaire si vous êtes travailleur autonome, associé, actionnaire principal ou propriétaire de votre entreprise.
- Si possible, joignez à cette déclaration une description de tâches.

## RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS

Veillez soumettre une copie de vos dernières déclarations de revenus (pages 1 à 4) ainsi que les avis de cotisation émis par Revenu Québec (si vous résidez au Québec) et l'Agence du revenu du Canada à la suite de votre déclaration. Les travailleurs autonomes doivent également joindre le formulaire *TP80 Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession* de leur déclaration provinciale (pour les résidents du Québec) et l'annexe T2125 de la déclaration de revenu fédérale intitulée *État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale*.

Si vous êtes actionnaire majoritaire et que vos revenus proviennent des dividendes versés par votre entreprise, veuillez inclure une copie du dernier exercice financier complété et une preuve du pourcentage des actions que vous détenez dans la compagnie. Veuillez noter que les dividendes ne constituent pas un revenu admissible ; nous considérons plutôt le profit corporatif.

Vous n'avez pas à soumettre de preuve de revenus\* si :

- votre montant assuré est de 1 000 \$ ou moins par mois et qu'il est garanti selon les termes de votre police ;
- vous avez fourni ces documents avec votre proposition d'assurance et l'avenant attaché à votre police indique un revenu minimal garanti par l'assureur ;
- vous avez souscrit l'assurance par l'entremise d'une association professionnelle et le montant de la prestation est établi en fonction du nombre d'enfants ou de personnes sous votre garde ; dans ce cas, vous devez plutôt inclure la copie de l'attestation gouvernementale indiquant le nombre de bénéficiaires.

\* Après analyse de votre demande de règlement, nous pourrions cependant exiger des preuves dans certains cas.

## RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CONDITION MÉDICALE

Lisez attentivement les directives puisque plusieurs documents sont requis. Assurez-vous de joindre la déclaration du médecin traitant et les documents pertinents à votre demande de prestations.

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Ne remplissez que la section IDENTIFICATION du formulaire.
- Faites remplir la déclaration du MÉDECIN TRAITANT par votre médecin.
- Selon la nature de votre condition médicale, il doit remplir la partie relative aux conditions physiques ou aux conditions psychologiques, ou, le cas échéant, les deux parties.
- Une photocopie des notes cliniques et des rapports de tests médicaux ou du spécialiste consulté doit accompagner le formulaire du médecin. Il est possible que votre médecin exige des frais pour la production de ces documents. Notez que ces frais sont à votre charge.

### IMPORTANT

Ne pas écrire ou modifier les notes de votre médecin dans la section DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT du formulaire. Si vous désirez apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis par votre médecin, veuillez le faire sur une feuille séparée. Vous pouvez vous servir de la feuille **Notes** à la fin de ce guide.

## QUESTIONS FRÉQUENTES

### 1. Qu'est-ce qu'un délai de carence ?

Le délai de carence est le nombre de jours d'invalidité totale durant lesquels aucune prestation n'est payable. Ce délai est indiqué au sommaire de vos garanties sur la première page de votre police. Veuillez consulter votre police pour plus de détails.

### 2. Qu'est-ce qu'une condition préexistante ?

Les contrats d'assurance qui sont émis sans examen médical préalable sont assortis d'exclusions relatives aux conditions préexistantes. La condition préexistante est une condition médicale dont vous étiez atteint avant que votre contrat n'entre en vigueur. Elle sera exclue durant une certaine période, en général 12 mois. Veuillez consulter votre police pour plus de détails.

Si une invalidité débute au cours de cette période d'exclusion, nous devons vérifier vos antécédents médicaux au moment de votre demande de prestations. Cette démarche peut occasionner un délai avant de rendre une décision dans votre dossier puisque nous devons communiquer avec la régie de l'assurance santé publique de votre province (RAMQ au Québec, OHIP en Ontario) puis avec les médecins que vous avez consultés dans le passé. Si un tel délai survient, nous vous en informerons aussitôt.

### 3. Qu'est-ce que l'incontestabilité ?

La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis lors de la souscription.

Si une invalidité débute moins de deux ans après l'entrée en vigueur du contrat, nous devons vérifier vos antécédents médicaux pour nous assurer de l'exactitude des renseignements fournis. Cette démarche peut occasionner un long délai avant de rendre une décision dans votre dossier puisque nous devons communiquer avec la régie de l'assurance santé publique de votre province (RAMQ au Québec, OHIP en Ontario) puis avec les médecins que vous avez consultés dans le passé. Si un tel délai survient, nous vous en informerons aussitôt.

### 4. Pourquoi dois-je fournir mes déclarations de revenus ?

Les prestations d'assurance invalidité servent à combler une perte de revenus. Les contrats prévoient généralement que les prestations non imposables ne peuvent excéder les revenus nets d'impôt que vous gagniez avant votre invalidité. Nous avons donc besoin de vos déclarations de revenus et des avis de cotisation émis par l'Agence du revenu du Canada et, si vous résidez au Québec, de Revenu Québec.

Pour plus de détails sur le calcul de la prestation payable, veuillez vous référer à votre police d'assurance, ainsi qu'à la section Renseignements sur les revenus à la page 3 de ce guide.

### 5. Dois-je continuer de payer mes primes ?

Oui, il est nécessaire de continuer à payer vos primes. Si l'assureur reconnaît votre invalidité et que votre police prévoit une exonération de primes pour certaines garanties, vous pourrez, après la période d'attente indiquée à votre contrat, avoir un congé de primes, conformément aux dispositions de votre contrat d'assurance. Nous vous rembourserons alors toute prime versée en trop. Pour plus de détails concernant l'exonération des primes, veuillez vous référer à votre police d'assurance.

## **6. Qu'arrive-t-il une fois que j'ai posté ma demande de règlement ?**

Sur réception de votre demande, un accusé réception vous sera envoyé. Un dossier sera ouvert et remis à un analyste avec les documents reçus.

Si des renseignements ou des documents supplémentaires sont requis pour compléter le dossier, vous en serez informé. Dans la mesure du possible, nous communiquerons avec vous par téléphone afin de recueillir les informations nécessaires, discuter de votre demande et répondre à vos questions.

Il se peut que nous demandions des renseignements supplémentaires à votre médecin ou à d'autres intervenants. Nous pouvons également demander l'évaluation de votre condition par un médecin indépendant ou par un intervenant en réadaptation afin de mieux comprendre votre situation.

## **7. Qu'arrive-t-il si je suis incapable de signer ma demande de règlement ?**

Si vous n'êtes pas en mesure de signer vous-même votre formulaire de demande, votre mandataire peut le faire pour vous. Veuillez prendre note que nous ne pouvons divulguer aucune information relative à votre dossier tant que votre mandataire ne produira pas un document notarié.

## **8. Que puis-je faire pour accélérer le traitement de ma demande**

Veuillez répondre à toutes les questions de la Déclaration de l'assuré et signer celle-ci de même que les autorisations. Assurez-vous de joindre à la Déclaration du médecin traitant une copie de votre dossier médical incluant les notes cliniques du médecin (le secrétariat de votre médecin pourra vous fournir ces documents). Enfin, vérifiez la liste des documents requis à la dernière page de ce guide pour vous assurer que votre dossier est complet et prêt à être analysé.

## **9. Ma demande de règlement est-elle automatiquement acceptée ?**

La décision d'accepter le versement des prestations, de les poursuivre ou d'y mettre fin est basée sur votre état de santé, sur la définition d'invalidité de votre contrat ainsi que sur la vérification des clauses de cessation des prestations, de limitations, d'exclusions et de toutes autres clauses au contrat (condition préexistante, incontestabilité, etc.).

Si votre demande est acceptée, vous devez vous assurer de recevoir les soins médicaux appropriés à votre condition et un suivi médical régulier avec votre médecin, conformément aux dispositions de votre police d'assurance. Il est important de nous fournir les preuves médicales et de nous aviser de tout changement concernant votre traitement ou votre condition médicale durant l'invalidité.

Si votre demande est refusée, nous vous expliquerons les raisons qui justifient notre décision.

## **10. Ma demande de règlement a été refusée; puis-je demander une révision?**

Oui. Dans bien des cas, la demande est refusée parce que le dossier est incomplet. Pour éviter les délais, assurez-vous de rassembler tous les documents et formulaires requis avant d'envoyer votre demande. Utilisez la liste de rappel à l'endos de ce guide.

Si votre demande est refusée, vous en serez rapidement informé. Il suffira alors de fournir les documents ou renseignements demandés si nécessaire, pour que votre dossier soit révisé.

Si vous avez fourni tous les documents requis et que nous maintenons le refus, vous pouvez envoyer une demande de révision en l'adressant à la direction du service des règlements dont l'adresse figure à la page 1 du guide.





## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

Date de naissance : jour / mois / année No d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Taille : \_\_\_\_\_  en mètre  en pieds Poids : \_\_\_\_\_  en kg  en lbs  gaucher  droitier

2. Portez vous : des lunettes  des verres de contact

Si oui, les portez-vous :  continuellement  seulement pour conduire  seulement pour lire

3. Quelle est la cause de votre invalidité ?  maladie  accident  maladie liée au travail\*  accident de travail\*  
 accident de la route\*

**\* Si l'invalidité est causée par une maladie liée au travail, un accident de travail ou un accident de la route, veuillez annexer une copie de toute demande présentée à une commission sur les accidents de travail, de la route ou autre organisme pertinent (CNESST, CSPAAT, WCB, SAAQ, etc.). Une copie de la correspondance avec ces organismes est également requise.**

4. Dans le cas d'une maladie, précisez la date d'apparition des symptômes : jour / mois / année

5. Dans le cas d'un accident, veuillez fournir le plus d'information possible.

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident (précisez si possible l'adresse civique et indiquez s'il s'agit d'une résidence, d'un édifice public, d'une route, d'un chantier, etc.) :

\_\_\_\_\_

Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident s'est produit) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom des témoins : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un rapport de police ?  oui  non Si oui, veuillez joindre une copie à votre demande.

6. Êtes-vous enceinte ?  ne s'applique pas  oui  non Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement : jour / mois / année

7. Date du dernier jour travaillé : jour / mois / année Date du début de l'invalidité (incapacité de travailler) : jour / mois / année

8. Date de la première consultation chez un médecin : jour / mois / année

9. Autres consultations médicales depuis votre arrêt de travail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Date de retour au travail : jour / mois / année

11. Avez-vous subi ou êtes-vous en attente de tests, traitements, consultations ou chirurgie ?  oui  non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Avez-vous été hospitalisé pour la présente condition ?  oui  non

Si oui, où ? \_\_\_\_\_ Durée de l'hospitalisation : du jour / mois / année au jour / mois / année



### RENSEIGNEMENTS SUR VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

1. Veuillez indiquer le nom, la spécialité et l'adresse des médecins consultés au cours des 5 dernières années ainsi que le nom et l'adresse des pharmacies où vous avez acheté vos médicaments au cours de cette période.

Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Veuillez fournir les informations requises sur les médicaments consommés et les traitements subis depuis un an :

Nom du médicament ou du traitement	Date prescrit	Raisons du traitement ou de la médication
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____
_____	jour / mois / année	_____

### RENSEIGNEMENTS SUR VOS CAPACITÉS PHYSIQUES

Veuillez indiquer l'impact de l'accident ou de votre maladie sur votre capacité à effectuer les activités suivantes. Indiquez la durée pendant laquelle vous pouviez faire l'activité avant et après votre invalidité.

Activité	Capacité <b>avant</b> invalidité (en minutes)	Capacité <b>depuis</b> votre invalidité (en minutes)	Avez-vous modifié votre façon de faire l'activité ?
Marcher			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Courir			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rester debout			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rester assis			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Monter les escaliers			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Descendre les escaliers			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### RENSEIGNEMENTS SUR LES SOURCES DE REVENUS

Veuillez annexer une copie de vos déclarations de revenus provinciale et fédérale avec les avis de cotisations émis par les gouvernements pour l'année précédant votre arrêt de travail ainsi qu'une copie de votre dernier relevé de paie.

Avez-vous fait ou prévoyez-vous faire une demande de prestations auprès de l'un des régimes ou organismes suivants ?  oui  non

Veuillez annexer une copie des relevés à votre demande ou nous les faire parvenir, dès que possible.

	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant de la prestation	Fréquence de versement
Assurance emploi du Canada	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Commission sur les accidents de travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Assureur automobile privé ou public	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime de pension du Canada	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Régime de retraite privé ou public	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Assurance crédit (hypothécaire, automobile, prêt personnel)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Autre police d'assurance salaire (individuelle, collective, association professionnelle)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____
Autre programme gouvernemental (RQAP, Anciens Combattants, CARRA, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____ \$	par _____



## RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE FORMATION

1. Scolarité complétée :  primaire  secondaire  collège  université
2. Dernier diplôme obtenu (précisez) : \_\_\_\_\_
3. Dans quel domaine ? \_\_\_\_\_
4. Autres cours de perfectionnement : \_\_\_\_\_
5. Langues parlées :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_
6. Langues écrites :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_
7. Connaissances informatiques :  internet  traitement de texte  chiffrier  autre \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

1. Occupez-vous un emploi rémunérateur au moment de l'invalidité ?  oui  non  
Si non, depuis quand êtes-vous sans emploi \_\_\_\_\_  
Si oui, quel est votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_
2. Depuis combien d'années occupez-vous ce poste ? \_\_\_\_\_
3. Brève description de vos tâches : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Lors de votre arrêt de travail, aviez-vous un deuxième emploi ?  oui  non  
Si oui, veuillez préciser le nom de l'employeur : \_\_\_\_\_
5. Poste occupé : \_\_\_\_\_ Depuis quand : \_\_\_\_\_
6. Brève description de vos tâches : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Quel était votre emploi précédent : \_\_\_\_\_
8. Pendant combien d'années avez-vous fait ce travail ? \_\_\_\_\_
9. Inscrivez les autres emplois que vous avez occupés au cours de votre carrière et indiquez pendant combien de temps :
 

	_____ ans
Emploi	
	_____ ans
Emploi	
	_____ ans
Emploi	
	_____ ans
Emploi	
	_____ ans
Emploi	



### RENSEIGNEMENTS SUR VOS LOISIRS

Veillez indiquer les activités de loisir ou les sports que vous pratiquiez avant votre maladie ou votre accident et l'impact de votre invalidité sur leur pratique.

Loisir, sport ou passe-temps	Nombre d'heures par semaine avant l'invalidité	Nombre d'heures par semaine après l'invalidité

### RENSEIGNEMENTS SUR VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Veillez indiquer ci-dessous les activités que vous ne pouvez plus faire en raison de votre accident ou de votre maladie.

Activité	Faisiez-vous cette activité avant votre invalidité ?	Faites-vous cette activité depuis votre invalidité ?	Avez-vous modifié votre façon de faire l'activité ?
Préparer les repas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire la vaisselle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Conduire une automobile	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prendre l'autobus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Balayer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire le lavage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sortir les poubelles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire le lit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déneiger	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tondre le gazon	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faire l'épicerie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Magasiner	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sorties (cinéma, concert, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Télévision	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lecture (journal, revue, roman)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Jeux (cartes, dames, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Gérer le budget	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### RENSEIGNEMENTS DIVERS

- Déterminez-vous un permis de conduire :  oui  non Si oui, indiquez la classe de permis : \_\_\_\_\_
- Votre permis a-t-il été suspendu :  oui  non Si oui, depuis quand : \_\_\_\_\_
- Pour quelle raison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DECLARATION

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.**

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ jour / mois / année



## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

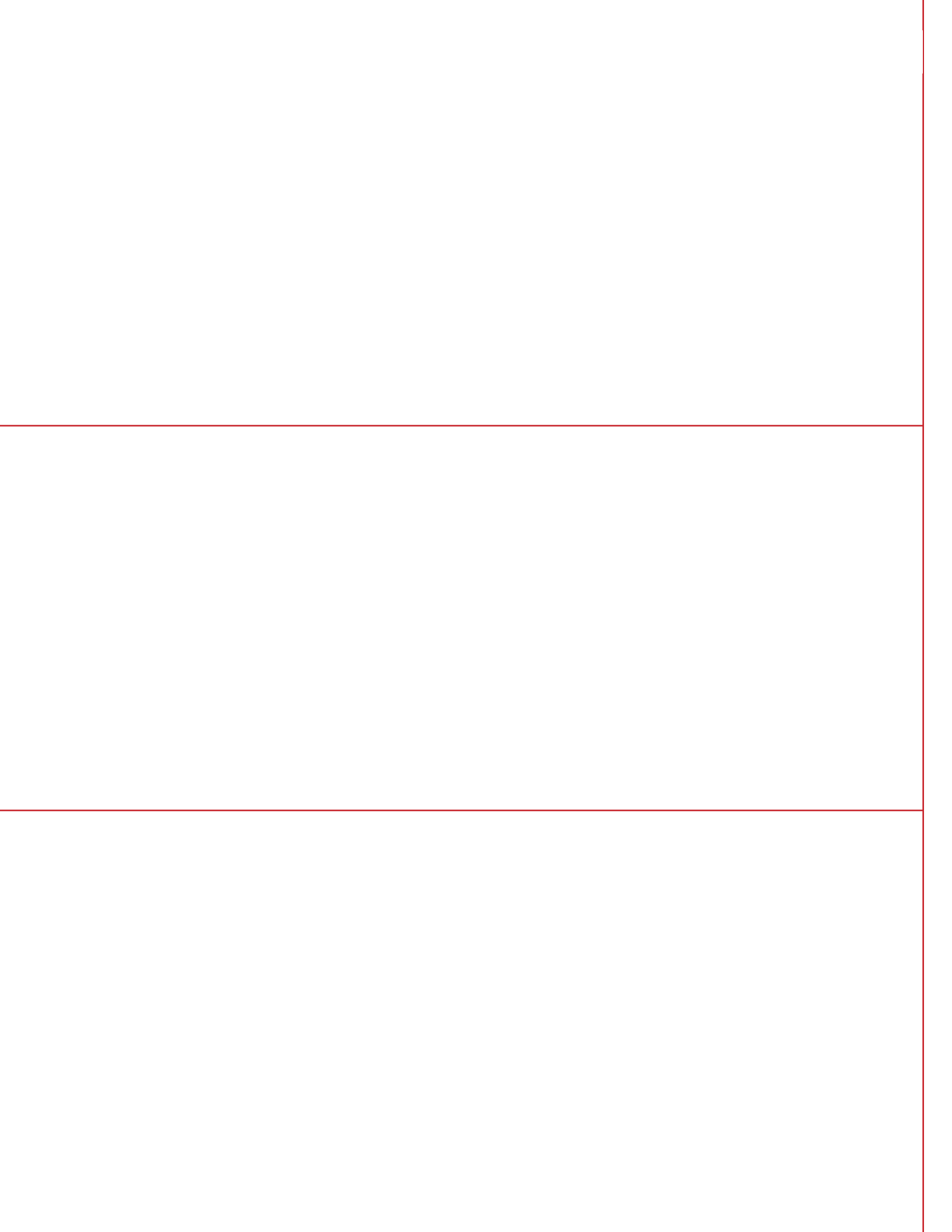
Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario





## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

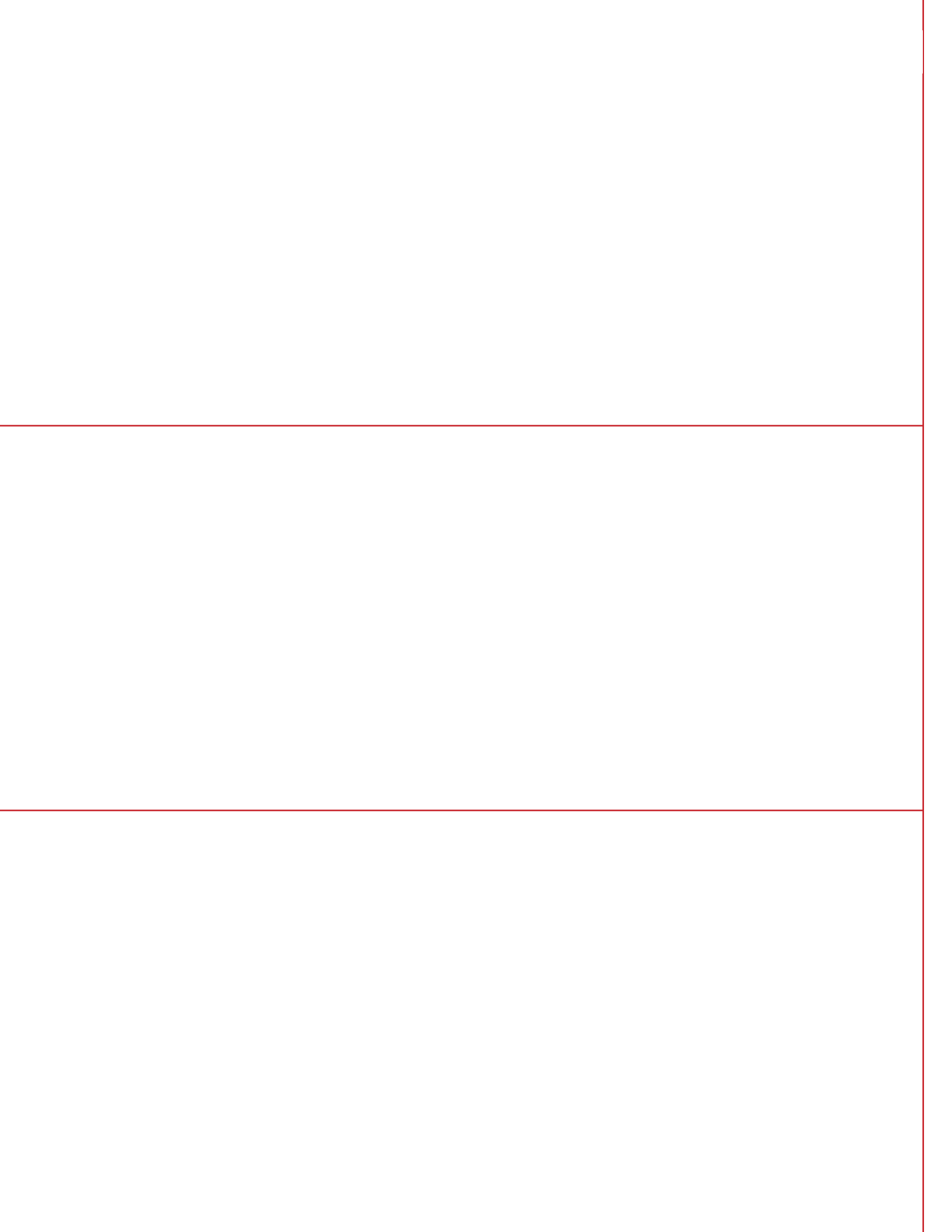
Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario







# Demande de paiement par dépôt direct

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ No de police : \_\_\_\_\_

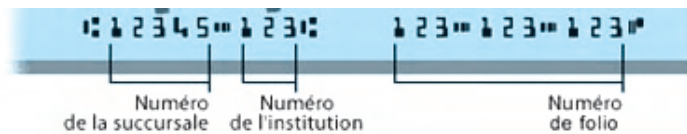
## RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE

Nom de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale : \_\_\_\_\_

N° de la succursale \_\_\_\_\_ N° de l'institution \_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_

L'ensemble de ces numéros sont disponibles au bas de vos spécimens de chèque.  
Veuillez inscrire tous les numéros de votre numéro de compte (folio), y compris les zéros (0).



Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour / mois / année

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

Veuillez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ.





## IDENTIFICATION

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_  
N° police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

- Date d'embauche de l'employé : \_\_\_\_\_
- Statut de l'employé :  permanent  temporaire  saisonnier  temps partiel  contractuel
- Nombre d'heures régulières de travail par semaine : \_\_\_\_\_
- Employés saisonniers - nombre de semaines par année : \_\_\_\_\_ Cochez les mois habituellement travaillés :  
 janvier  février  mars  avril  mai  juin  juillet  août  septembre  octobre  novembre  décembre
- Salaire brut : \_\_\_\_\_ \$ Périodicité du salaire :  52  26  24  12 payes par an.  
Cotisation RRO/RPC : \_\_\_\_\_ \$ Cotisation CAEC : \_\_\_\_\_ \$ Cotisation RQAP : \_\_\_\_\_ \$  
Impôt fédéral : \_\_\_\_\_ \$ Impôt provincial : \_\_\_\_\_ \$
- Titre de l'employé : \_\_\_\_\_
- Depuis combien d'années occupe-t-il ce poste ? \_\_\_\_\_
- Décrivez brièvement les tâches effectuées par cet employé : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- L'employé est-il couvert par une assurance collective ou une assurance individuelle dont l'entreprise est preneur ou payeur ?  
 oui  non Si oui, veuillez indiquer les informations suivantes :  
Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  
No du groupe (si applicable) : \_\_\_\_\_ N° du certificat ou de police : \_\_\_\_\_
- Contribuez-vous au paiement de la prime d'assurance individuelle de Croix bleue ?  oui  non

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

- Date du dernier jour de travail de l'employé : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
- Date du dernier jour payé par l'employeur : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
- À la date du début de l'invalidité, l'employé était-il en vacances, en mise à pied, en congé sans solde, en suspension disciplinaire ?  
 oui  non Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Les tâches de son emploi ont-elles été modifiées récemment ?  oui  non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Avez-vous remarqué un changement dans le rendement ou l'assiduité de l'employé avant l'invalidité ?  oui  non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- L'invalidité est-elle causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle ?  oui  non  
Si oui, l'employé a-t-il fait une demande à la CNESST, au CSPAAT ou toute autre commission d'accident de travail ?  oui  non  
Si oui, veuillez annexer la copie de cette demande et de la correspondance échangée avec cet organisme.
- Si nécessaire, pourriez-vous offrir : a) un retour graduel au travail ?  oui  non b) des tâches allégées ?  oui  non
- Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
- Si l'employé a déjà repris le travail, veuillez préciser à quelle date : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
- Avez-vous des doutes sur le bien-fondé de cette demande ?  oui  non

**IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE**


**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL** – L'employé est-il exposé aux conditions suivantes (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Bruit							
Poussière							
Vibrations							
Travail à l'extérieur							
Machinerie dangereuse							
Produits dangereux							
Autre(s) (veuillez préciser) _____							

**RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PHYSIQUES** – Dans quelle mesure l'employé doit-il effectuer ce qui suit (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
<b>Position</b>							
S'asseoir							
Se tenir debout							
Marcher							
S'agenouiller							
S'accroupir							
Ramper							
Tendre les bras au-dessus des épaules							
Tendre les bras au-dessous des épaules							
Monter et descendre les escaliers							
<b>Efforts</b>							
Soulever							
Pousser							
Lever							
Tirer							
Manipuler les objets							
Faire des mouvements répétitifs							

L'employé peut-il changer de position au besoin ?  oui  non

Pourcentage du temps passé par jour : assis : \_\_\_\_\_ % debout : \_\_\_\_\_ % à marcher : \_\_\_\_\_ %

L'employé doit-il manipuler des objets lourds ?  oui  non

Les poids maximaux sont normalement de :

0 à 5  10 à 15  20 à 25  30 à 35  40 à 45  50 et plus ( livres ou  kilogrammes)

Si le travail comporte des mouvements répétitifs, indiquez : \_\_\_\_\_

Pourcentage du temps de travail : \_\_\_\_\_ %

Le ou les membres sollicités : \_\_\_\_\_

Mouvements répétitifs avec :  dextérité (ex. : vitesse au clavier) ou  efforts physiques (ex. : chaîne d'assemblage)

La cadence est :  fixe (ex. : fournir une machine) ou  variable

**RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PSYCHOLOGIQUES** – Dans quelle mesure l'employé a-t-il recours à ce qui suit (veuillez cocher) :

	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mémoire et compréhension							
Maintien de la concentration							
Interaction sociale							
Adaptation							

**ATTESTATION**

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du signataire : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour / mois / année



# Déclaration du travailleur autonome

## IDENTIFICATION

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_  
N° police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'OCCUPATION

1. Quelle est votre profession ou votre travail ? \_\_\_\_\_
2. Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ou ce travail à votre compte ? \_\_\_\_\_
3. Nombre d'heures de travail par semaine : \_\_\_\_\_
4. Travaillez-vous toute l'année ?  oui  non Si vous avez répondu non, cochez les mois où vous travaillez généralement :  
 janvier  février  mars  avril  mai  juin  juillet  août  septembre  octobre  novembre  décembre
5. Travaillez-vous à domicile ?  oui  non  
Si oui, précisez :  
a) le nombre d'heures par jour \_\_\_\_\_ par semaine \_\_\_\_\_  
b) ce bureau est-il accessible au public ?  oui  non  
c) des employés qui ne sont pas de votre famille travaillent-ils dans ce bureau ?  oui  non
6. Versez-vous des cotisations aux organismes suivants :  
Assurance emploi  oui  non CNESTT / CSPAAT / WCB  oui  non RRQ / RPC  oui  non RQAP  oui  non
7. Date du dernier jour travaillé : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
8. Qui vous remplace durant votre invalidité ?  
 associé / actionnaire  employé  contrats transférés à une autre entreprise  autre : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

1. Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_
2. Adresse : \_\_\_\_\_
3. No de téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ No de télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. Courriel : \_\_\_\_\_
5. Site Internet : \_\_\_\_\_
6. Nature de l'entreprise : \_\_\_\_\_
7. Forme juridique de l'entreprise :  
 entreprise individuelle  société en nom collectif  compagnie ou société par actions
8. Nombre total d'associés ou d'actionnaires au sein de l'entreprise : \_\_\_\_\_
9. Pourcentage des actions que vous détenez ou de votre participation à une société en nom collectif : \_\_\_\_\_
10. Nombre d'employés à temps plein (excluant les actionnaires et les sociétaires) : \_\_\_\_\_
11. Nombre d'employés à temps partiel (excluant les actionnaires et les sociétaires) : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LES FONCTIONS

Veillez préciser vos fonctions et le pourcentage du temps consacré à les accomplir avant et après votre invalidité :

Fonctions	% du temps avant l'invalidité	% du temps depuis l'invalidité
Travail manuel		
Gestion - travail de bureau		
Vente - sollicitation		
Supervision d'employés		
Autre (préciser)		

**IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE**



<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</b> – Êtes-vous exposé aux conditions suivantes (veuillez cocher):							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Bruit							
Poussière							
Vibrations							
Travail à l'extérieur							
Machinerie dangereuse							
Produits dangereux							
Autre(s) (veuillez préciser) _____							

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PHYSIQUES</b> – À quelle fréquence effectuez-vous les mouvements et efforts suivants (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
<b>Mouvements</b>							
S'asseoir							
Se tenir debout							
Marcher							
S'agenouiller							
S'accroupir							
Ramper							
Tendre les bras au-dessus des épaules							
Tendre les bras au-dessous des épaules							
Monter et descendre les escaliers							
<b>Efforts</b>							
Soulever							
Pousser							
Lever							
Tirer							
Manipuler les objets							
Faire des mouvements répétitifs							

Pouvez-vous changer de position au besoin ?  oui  non

Pourcentage du temps passé par jour : assis : \_\_\_\_\_ % debout : \_\_\_\_\_ % à marcher : \_\_\_\_\_ %

Devez-vous manipuler des objets lourds ?  oui  non

Les poids maximaux sont normalement de :

0 à 5  10 à 15  20 à 25  30 à 35  40 à 45  50 et plus (  livres ou  kilogrammes)

Si le travail comporte des mouvements répétitifs, indiquez : \_\_\_\_\_

Pourcentage du temps de travail : \_\_\_\_\_ %

Le ou les membres sollicités : \_\_\_\_\_

Mouvements répétitifs avec :  dextérité (ex. : vitesse au clavier) ou  efforts physiques (ex. : chaîne d'assemblage)

La cadence est :  fixe (ex. : fournir une machine) ou  variable

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PSYCHOLOGIQUES</b> – Dans quelle mesure devez-vous effectuer ce qui suit (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mémoire et compréhension							
Maintien de la concentration							
Interaction sociale							
Adaptation							

#### ATTESTATION

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.**

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ jour / mois / année



# Déclaration du médecin traitant

## Maladie à caractère psychologique

Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

### IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de la police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

#### 1. DIAGNOSTIC

- 1.1. Principal : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
1.2. Secondaire : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
1.3. Symptômes actuels : \_\_\_\_\_  
1.4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes :  léger  moyen  intense  avec éléments psychotiques  
1.5. Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :  
 à la vie conjugale/familiale  à la perte d'un emploi ou à une mise à pied  problèmes professionnels  
 à des problèmes personnels ou interpersonnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou problèmes au jeu  
 autres, précisez : \_\_\_\_\_  
1.6. Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :  
 reçu des traitements médicaux  consulté un autre médecin  pris des médicaments  été hospitalisé  subi des examens  
Précisez la date des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

#### 2. TRAITEMENT

- 2.1. Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_  
2.2. Le patient consulte-t-il : un psychiatre?  non  oui un travailleur social?  non  oui  
un psychologue?  non  oui un autre intervenant de la santé?  non  oui  
Si oui, nom de l'intervenant consulté : \_\_\_\_\_  
2.3. Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

#### 3. SUIVI ET PRONOSTIC

- 3.1. Date de la première consultation pour cette condition : \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
3.2. Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_  
3.3. Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
3.4. Le patient sera-t-il référé à un psychiatre?  non  oui Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
3.5. Durée approximative de l'invalidité : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines  Indéterminée ou date de retour au travail : \_\_\_\_\_  
3.6. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif Précisez : \_\_\_\_\_

**Veillez annexer à ce formulaire une copie de vos notes cliniques ainsi qu'une copie des rapports des investigations faites depuis le début de l'invalidité.**

#### 4. COMMENTAIRES

Veillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à comprendre l'état de santé de votre patient.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste Précisez : \_\_\_\_\_ N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ jour / mois / année

**Note : les frais pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée**

# Déclaration du médecin traitant

## Maladie à caractère physique

Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au recto.

### IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 N° de la police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

#### 1. DIAGNOSTIC

- 1.1. Principal : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
 1.2. Secondaire : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
 1.3. Symptômes actuels : \_\_\_\_\_  
 1.4. Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :  
 reçu des traitements médicaux  consulté un autre médecin  pris des médicaments  été hospitalisé  subi des examens  
 Précisez les périodes : \_\_\_\_\_  
 1.5. La condition est-elle reliée à :  un accident  une maladie  un accident du travail  un accident d'automobile  
 Date de l'événement : \_\_\_\_\_  
 une grossesse  non  oui  
 un retrait préventif  non  oui Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_  
 1.6. Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :  

Au début de l'invalidité	Actuellement
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 2. TRAITEMENT

- 2.1. Médicaments - nom et posologie : \_\_\_\_\_  
 2.2. Date de début de la médication : \_\_\_\_\_  
 2.3. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :  
 a) des examens ou tests ?  non  oui Précisez : \_\_\_\_\_  
 b) une chirurgie ?  non  oui Nom de l'intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_  
 est-ce un chirurgie d'un jour ?  non  oui Date à laquelle a été - ou sera - faite la chirurgie : \_\_\_\_\_  
 c) d'autres traitements ?  non  oui Précisez : \_\_\_\_\_  
 d) une hospitalisation ? du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures) ? \_\_\_\_\_

#### 3. SUIVI ET PRONOSTIC

- 3.1. Date de la première consultation pour cette condition : \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
 3.2. Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3. Orientation vers un autre médecin ?  non  oui Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
 3.4. Durée approximative de l'invalidité : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines  Indéterminée ou date de retour au travail : \_\_\_\_\_  
 3.5. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif Précisez : \_\_\_\_\_

**Veillez annexer à ce formulaire une copie de vos notes cliniques ainsi qu'une copie des rapports des investigations faites depuis le début de l'invalidité.**

#### 4. COMMENTAIRES

Veillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à comprendre l'état de santé de votre patient.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste Précisez : \_\_\_\_\_ N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ jour / mois / année







## **Avez-vous inclus les documents suivants ?**

- Déclaration de l'assuré
- Autorisations signées et datées
- Demande de dépôt direct et spécimen de chèque
- Déclaration du médecin traitant et dossier médical
- Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome
- Déclarations de revenus, avis de cotisation, relevé de paie, états financiers

**Pour toute question, communiquez avec notre service de règlements**

**Croix Bleue Canassurance  
Règlements, assurances vie et invalidité**

**Téléphone : 1-800-300-5002**

**Télécopieur : 1-877-590-7504**

**Au Québec**

1981, avenue McGill College, bureau 105

Montréal (Québec) H3A 0H6

**Courriel : [reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca](mailto:reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca)**

**En Ontario**

BP 4433, Succursale A

Toronto (Ontario) M5W 3Y7

**Courriel : [reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca](mailto:reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca)**

