

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

IMPORTANT : DÈS QU'UN EMPLOYÉ EST ABSENT DU TRAVAIL ET POURRAIT AVOIR DROIT À DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ, OU SE QUALIFIER POUR L'EXONÉRATION DES PRIMES, VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À L'ASSUREUR DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS. TOUTE DEMANDE INITIALE DOIT INCLURE UNE DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR, UNE DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ET UNE DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DÛMENT COMPLÉTÉES ET SIGNÉES.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

GROUPE		DIVISION		CLASSE	CERTIFICAT
NOM DE L'EMPLOYÉ			PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE J M A
ADRESSE					
VILLE			PROVINCE		CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CODE RÉG.		CAUSE DE L'INVALIDITÉ			

À QUELLE DATE VOTRE INVALIDITÉ VOUS A-T-ELLE RENDU INCAPABLE DE TRAVAILLER ? J M A

À QUELLE DATE AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN MÉDECIN LA PREMIÈRE FOIS APRÈS L'ARRÊT DE TRAVAIL ? J M A

NOM DU MÉDECIN _____

À QUELLE DATE PRÉVOYEZ-VOUS RETOURNER AU TRAVAIL ? J M A

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ ? OUI NON SI OUI, DURANT QUELLE PÉRIODE : DU _____ AU _____

NOM DE L'HÔPITAL _____

VOTRE INVALIDITÉ EST-ELLE CAUSÉE PAR UN ACCIDENT ? OUI NON

SI OUI, QUAND L'ACCIDENT EST-IL SURVENU ? J M A HEURE _____ A.M. P.M.

À QUEL ENDROIT L'ACCIDENT EST-IL SURVENU ? _____

DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES DE CET ACCIDENT : _____

RECEVEZ-VOUS D'AUTRES REVENUS D'INVALIDITÉ ? OUI NON

SI OUI, DE QUELLE SOURCE ? _____ DEPUIS QUELLE DATE _____

AVEZ-VOUS PLACÉ UNE DEMANDE DE PRESTATIONS AUPRÈS	DEMANDE PLACÉE	DATE	ACCEPTÉE - REFUSÉE	RÉP. EN ATTENTE
DU RÉGIME DE PENSION DU CANADA	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DU DÉVELOPPEMENT RESSOURCES HUMAINES DU CANADA (D.R.H.C.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (C.S.S.T.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (S.A.A.Q.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OU DE TOUT AUTRE ORGANISME OU ASSUREURS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS RELATIFS À L'ACCEPTATION OU AU REFUS DE VOTRE DEMANDE SELON LE CAS.

AUTORISATION

JE CERTIFIE QUE LES DÉCLARATIONS CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES ET J'AUTORISE, PAR LES PRÉSENTES, TOUT MÉDECIN, HÔPITAL, CLINIQUE, COMPAGNIE D'ASSURANCE OU AUTRE ORGANISME, Y COMPRIS LA C.S.S.T., LA S.A.A.Q. ET LE D.R.H.C. AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT OU PERSONNE POSSÉDANT UN DOSSIER OU DES RENSEIGNEMENTS SUR MOI OU SUR MON ÉTAT DE SANTÉ À FOURNIR À L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE, TOUT RENSEIGNEMENT PORTANT SUR MON ÉTAT DE SANTÉ ET MES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX. UNE PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION AURA LA MÊME VALEUR QU'UN ORIGINAL.

DATE _____ NOM DE L'ASSURÉ _____ SIGNATURE **X**

(CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)