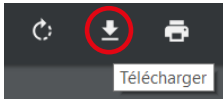


## Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

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.

**NOM DE L'ASSURÉ**

DATE \_\_\_\_\_ (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) \_\_\_\_\_ SIGNATURE **X**