

Déclaration de l'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT OU LA CARTE DE CRÉDIT

Assuré - N° FCC

N° de transit

N° de prêt ou carte

N° de prêt ou carte

Prêt personnel

Prêt hypothécaire

Crédit aux entreprises

AVSEM par anticipation

Carte de crédit MasterCard

→ La demande concerne

Titulaire de la carte
 Le conjoint assuré

→ La demande concerne

Titulaire de la carte
 Le conjoint assuré

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom à la naissance

Date de naissance

A	M	J

Prénom

Sexe

N° d'assurance sociale

H F

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre réclamation, veuillez vous assurer que toutes les questions soient répondues.

1- Adresse (n°, rue, ville et province) _____ Code postal

N° de téléphone ()

2- a) Mentionnez le titre du poste occupé et décrivez brièvement vos fonctions au travail (si sans emploi au début de votre invalidité, décrivez votre emploi antérieur) _____

b) Expliquez de quelle façon votre état vous empêche de travailler _____

c) Date d'apparition des symptômes de votre maladie d) Date du dernier jour travaillé

e) Date de votre première consultation chez le médecin pour cette maladie ou blessure

Nom et adresse du médecin consulté : _____

f) Si un accident a causé l'invalidité, précisez le lieu de l'accident : À la maison Au travail Ailleurs

Date de l'accident Circonstances de l'accident _____

3- Avez-vous été hospitalisé : non oui → préciser : date d'entrée date de sortie

Nom et adresse de l'hôpital : _____

4- a) Êtes-vous actuellement : retenu à la maison? non oui alité? non oui Hospitalisé? non oui

b) Décrivez vos activités journalières depuis votre arrêt de travail _____

c) À quelle date comptez-vous être en mesure de retourner au travail à temps plein ou à temps partiel?

5- Cette section sur les antécédents médicaux doit être complétée en entier obligatoirement afin d'éviter des délais.

Nom et adresse de tous les médecins ou autres professionnels de la santé (médecin, chiropraticien, physiothérapeute, psychologue, etc.) que vous avez consultés et qui vous ont traité durant les cinq (5) dernières années. Nous mentionner toutes les raisons des consultations qu'elles aient un lien ou non avec votre condition actuelle. Si aucun, le mentionner (si plus de 4 consultations, veuillez annexer une autre feuille)

Nom et adresse du médecin ou autres professionnels de la santé	Dates de consultation ou de traitement			Raison de la consultation	Traitements reçus (médicaments, physio, chiro, repos, chirurgie)
	A	M	J		

POUR SUIVRE AU VERSO

6- Quel est votre dernier niveau de scolarité complété _____

7- Préciser vos expériences de travail antérieures _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Je, soussigné, certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et véridiques.

SIGNATURE _____ DATE

A	M	J

Prière de signer et de dater tout document que vous annexerez.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre réclamation, veuillez vous assurer que toutes les questions ont bien été répondues.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1- Nom de l'employé _____ 2- Date d'embauche :

A	M	J

3- Occupation : _____
(joindre une description de tâches)

4- Analyse des exigences physiques du métier

Indiquez combien de fois par jour sont posés les actes suivants.

SOULÈVEMENT (y compris l'action de pousser ou de tirer tout en restant sur place)

- 1 - 5 lb (0.5 à 2.3 kg) _____
- 5 - 10 lb (2.3 à 4.5 kg) _____
- 10 - 25 lb (4.5 à 11.3 kg) _____
- 25 - 50 lb (11.3 à 22.7 kg) _____
- 50 - 100 lb (22.7 à 45.4 kg) _____
- 100 lb ou plus (45.4 kg ou plus) _____

PORT (y compris l'action de pousser ou de tirer en marchant)

- 1 - 5 lb (0.5 à 2.3 kg) _____
- 5 - 10 lb (2.3 à 4.5 kg) _____
- 10 - 25 lb (4.5 à 11.3 kg) _____
- 25 - 50 lb (11.3 à 22.7 kg) _____
- 50 - 100 lb (22.7 à 45.4 kg) _____
- 100 lb ou plus (45.4 kg ou plus) _____

Indiquez le pourcentage (%) de temps consacré à chaque action dans une journée.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| _____ % Assis | _____ % À travailler avec d'autres |
| _____ % Temps total sur les pieds | _____ % À travailler près d'autres |
| _____ % Debout | _____ % À travailler seul |
| _____ % À marcher | _____ % D Dextérité des doigts |
| _____ % Jambes seulement (escaliers) | _____ % G Dextérité des doigts |
| _____ % Jambes & bras (échelles) | _____ % * D Au-dessous des épaules |
| _____ % Penché (courbé) | _____ % * G Au-dessous des épaules |
| _____ % Sur les genoux | _____ % * D Au-dessus des épaules |
| _____ % À l'intérieur | _____ % * G Au-dessus des épaules |
| _____ % À l'extérieur | * (Avoir à s'étendre pour saisir un objet) |
| _____ % Autre (Préciser) _____ | D = Droit G = Gauche |

5- Dernier jour de travail de l'employé

A	M	J

 6- Raison de l'arrêt de travail (vacances, mise à pied, maladie, accident) _____

7- L'invalidité relève-t-elle d'une loi sur les accidents de travail? oui non

8- Indiquer les heures de travail d'une semaine normale

Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.
------	------	------	------	------	------	------

9- Date de retour au travail : Travail régulier

A	M	J

 Travaux légers

A	M	J

Temps plein

A	M	J

 Temps partiel

A	M	J

10- Nom de l'employeur _____

Adresse _____ (Numéro et rue) (Ville) (Province) (Code postal)

No de téléphone () _____
Nom du représentant (lettre moulées) : _____

Date

A	M	J

 Signature du représentant _____ Titre _____