

Déclaration de l'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT OU LA CARTE DE CRÉDIT

N° de transit

N° de prêt ou carte

- Prêt
 Prêt hypothécaire
 Carte de crédit MasterCard

→ La demande concerne

- Titulaire de la carte
 Le conjoint assuré

N° de prêt ou carte

→ La demande concerne

- Titulaire de la carte
 Le conjoint assuré

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom à la naissance

Prénom

Sexe

- H F

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

1- Date de naissance

	A		M		J

2- Adresse (n°, rue, ville et province)

_____ Code postal

--	--	--	--	--	--

3- N° de téléphone : ()

--	--	--	--	--	--	--	--

4- a) Date de l'accident

	A		M		J

b) Date de votre première
consultation médicale

	A		M		J

5- Décrire en détail les circonstances de l'accident (comment l'accident a eu lieu) :

6- Nom et adresse de votre médecin traitant :

7- Avez-vous été hospitalisé? oui non

Dans l'affirmative, nous mentionner le nom et l'adresse de l'hôpital :

Date d'admission

	A		M		J

Date de sortie

	A		M		J

8- Indiquer le genre de chirurgie subie s'il y a lieu :

9- Quel est votre dernier niveau de scolarité complété _____

10- 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

POUSUIVRE AU VERSO

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

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1- Nom de l'employé _____ 2(A) Occupation _____
(Joindre une description de tâches)

2(B) Date d'embauche

	A		M		J

3- Nom de l'employeur _____

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

N° de téléphone ()

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4- Dernier jour de travail de l'employé

	A		M		J

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

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

6- 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

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

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

Date

	A		M		J

 Signature d'une personne autorisée _____ Titre _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

SIGNATURE AUTORISÉE _____ DATE

	A		M		J