

IMPORTANT!

1. DES RETARDS DANS LA SOUMISSION POURRAIENT COMPROMETTRE VOTRE ADMISSIBILITÉ À DES PRESTATIONS. ASSUREZ-VOUS QUE VOTRE FORMULAIRE EST ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ.
2. TOUS LES FRAIS EXIGÉS POUR FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE SONT LA RESPONSABILITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE.
3. POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VEUILLEZ COMPOSER LE NUMÉRO SANS FRAIS 1 800 363-8011

N° DE POLICE

TÉLÉPHONE À DOMICILE	IND. RÉGIONAL
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	IND. RÉGIONAL
TÉLÉPHONE CELLULAIRE	IND. RÉGIONAL

Partie A – Rapport préliminaire du demandeur

R E N S E I G N E M E N T S S U R L' E M P L O I	<p>Votre emploi : _____</p> <p>Travailleur autonome : Oui ___ Non ___ (Si oui, continuer) Si non, aller à la section 'Employés'</p> <p>Nom de l'entreprise : _____</p> <p>Adresse de l'entreprise : _____</p> <p>Produit/service : _____</p> <p>Date du plus récent contrat : _____ Type de travail : _____</p> <p>Personne responsable du dernier contrat : _____</p> <p>N° de téléphone : _____</p> <p>Durée des 3 derniers contrats : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Décrire en détail vos activités quotidiennes habituelles : _____ _____ _____</p> <p>Nombre d'employés permanents : _____</p> <p>Nombre d'employés temporaires et de sous-traitants : _____</p> <p>Établir une liste des contrats actuels ou du travail présentement disponible : _____</p> <p>Si vous êtes sans emploi, confirmer à partir de quelle date et en fournir la preuve : _____</p>
R E V E N U	<p>Revenu mensuel moyen (incluant : salaire, honoraires, bonis, commissions, moins les frais généraux d'entreprise avant déduction de l'impôt sur le revenu) : _____ _____</p> <p>Votre entreprise est-elle présentement en exploitation? _____</p> <p>Dans l'affirmative, quelles tâches accomplissez-vous? _____ _____ _____</p>
E M P L O Y É S	<p>Employeur : _____ Nom et n° de tél. de la personne-ressource : _____</p> <p>Votre titre : _____</p> <p>Décrivez vos tâches habituelles : _____ _____ _____</p> <p>Combien d'heures par semaine travaillez-vous? _____</p> <p>Quel est votre salaire annuel (incluant : salaire, honoraires, bonis, commissions, moins les frais généraux d'entreprise, avant déduction de l'impôt sur le revenu)? _____</p> <p>Un travail partiel, allégé ou modifié est-il disponible? _____</p>

N° DE POLICE	
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	
TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE ASSURÉE	IND. RÉGIONAL
DATE	

É T A T T R A I T E M E N T	Noms et adresses des médecins traitants actuels : _____ _____ _____
	Nom du médecin de famille habituel ou de la clinique : _____ Date et raison de la dernière visite : _____ Pourquoi avez-vous arrêté de travailler? _____ Veuillez indiquer la date à laquelle les premiers symptômes ont été remarqués : _____ Endroit : _____ Décrire le début des symptômes : _____ Indiquer les dates d'hospitalisation (le cas échéant) : _____ Établir la liste des tests de diagnostic complétés : _____ date : _____ _____ date : _____ Établir la liste des tests de diagnostic en attente : _____ date : _____ _____ test : _____ date : _____ Si vous avez été dirigé vers un spécialiste, inscrire son nom : _____ date : _____ Inscrire tous vos symptômes actuels : _____ _____
	Médication prescrite : _____ Nom et adresse de la pharmacie : _____ _____
	Avez-vous déjà eu une maladie similaire? Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, veuillez donner les dates et les détails (diagnostic et noms des médecins traitants) : _____ _____
	Vous êtes-vous déjà absenté du travail pour des raisons médicales qui ont duré plus de 10 jours consécutifs? Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, veuillez donner la date ou les dates du début de l'absence ou des absences : _____ _____
	Raisons de l'absence ou des absences : _____ _____
	Si vous avez eu un accident, veuillez répondre aux questions suivantes : Décrire l'accident en détail : _____ _____
	Date : _____ Heure : _____ Endroit : _____ À qui cet accident a-t-il été rapporté? _____ S'agit-il d'un accident de travail? _____ Date et heure du premier traitement : _____ Endroit : _____ Autres assureurs ou organismes d'indemnisation ou de prestations impliqués : _____ _____
	« Si c'est un accident d'automobile, veuillez annexer une copie du rapport d'accident de la police. »
	I N V A L I D I T É
Date prévue de retour – travail partiel : _____ journée complète : _____ Si vous prévoyez retourner au travail à temps partiel ou selon un horaire modifié, veuillez indiquer les tâches que vous effectuerez : _____ _____	
Quelles tâches serez-vous incapable d'effectuer : _____ _____	
Avez-vous embauché afin d'obtenir de l'aide dans votre entreprise? Veuillez inscrire les noms et les coordonnées des personnes : _____	
Avez-vous embauché du personnel d'assistance afin de vous prodiguer des soins personnels domestiques ou d'entretien? _____ Veuillez préciser : _____	

N° DE POLICE	
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	
TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE ASSURÉE	IND. REGIONAL
DATE	

AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE ET REMPLACEMENT DE REVENU

Avez-vous fait une demande d'autres prestations quelconque ou recevez-vous un revenu de toute autre source Oui ___ Non___ Remplir la section ci-dessous.

Sources de revenus	Oui/ non	Nom de la compagnie et n° de police	Montant des prestations par semaine /mois	Date du début des prestations	Date de fin des prestations
Paiement de maintien de salaire					
Syndicat					
AI de courte durée (Collective)					
AI de longue durée (Collective)					
Assurance emploi					
Prestations d'invalidité PIRPC/RRQ					
Prestations de retraite RPC/RRQ					
CSST / WSB					
Assurance auto					
Régime de retraite					
Assurance invalidité personnelle					
Assurance-crédit/prêt					
Exonération des primes sur l'assurance vie					
Autres					

TOUTE PERSONNE QUI DÉLIBÉRÉMENT REMPLIT UNE DEMANDE DE PRESTATIONS CONTENANT DES RENSEIGNEMENTS TROMPEURS OU FAUX PEUT ÊTRE ASSUJETTIE À DES SANCTIONS CIVILES OU PÉNALES.

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis aux présentes sont vrais et complets au meilleur de ma connaissance.

Nom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Veillez joindre tout autre renseignement qui appuie votre demande.

AUTORISATION

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, ses représentants autorisés et ses réassureurs, aux seules fins de la gestion de mon dossier et du règlement de mes réclamations : a) à recueillir les renseignements qui sont nécessaires au règlement de mes réclamations ainsi qu'à la gestion de mon dossier auprès de toute personne physique ou morale, organisation et institution publique ou parapublique détenant des renseignements personnels me concernant, notamment auprès des professionnels de la santé et des établissements de santé, du MIB, Inc, des institutions financières, des organismes gouvernementaux, des régimes provinciaux d'accidents du travail, des compagnies d'assurance et de réassurance, des agents de renseignements personnels, des agences d'investigation ou de crédit, de mon employeur ou de mes employeurs antérieurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes que les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires à l'objet du dossier ou requis par la loi; c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original. La présente autorisation est valable pour la période requise à la réalisation des fins pour lesquelles elle a été demandée.

Je reconnais que la Compagnie peut refuser de traiter ma réclamation si je ne donne pas plein effet à cette autorisation.

La personne assurée signe ici : _____ Le témoin signe ici : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Ville, Prov., Code Postal : _____ Ville, Prov., Code Postal : _____

Date : _____ Date : _____

NOM DU PATIENT	
DATE DE NAISSANCE	

PARTIE B - RAPPORT DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____ Mon patient depuis : _____

Diagnostic de l'invalidité actuelle : _____

Autre diagnostic ou affections concomitantes : _____

Décrire comment tout autre état affecte le traitement/le rétablissement : _____

Date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois ou que l'accident est survenu : _____

Veuillez décrire l'historique de l'évolution des symptômes y compris le mécanisme de la blessure (le cas échéant) :

Accident _____

Maladie _____

Graduels et/ou progressifs _____

Évolution clinique et constatations objectives (veuillez inclure le type de tests, les dates auxquelles ils ont eu lieu, les résultats et les copies) :

Nous devons comprendre comment les termes PRÉJUDICE et BLESSURE s'appliquent à cette situation :

Quelles sont les restrictions du patient (ce que le patient ne DEVRAIT PAS faire) et pourquoi? _____

Quelles sont les limitations du patient (ce que le patient ne PEUT PAS faire) et pourquoi? _____

Le patient a-t-il déjà connu un état de santé identique ou semblable? Dans l'affirmative, veuillez déclarer à quel moment et donner des détails : _____

Si le patient est traité par un autre médecin pour cet état de santé, veuillez donner son nom, sa spécialité et son adresse : _____

Veuillez résumer ses constatations ou fournir des copies : _____

Nature de l'intervention chirurgicale pratiquée ou planifiée : _____

Date à laquelle l'intervention a eu lieu/est prévue : _____

NOM DU PATIENT	
DATE DE NAISSANCE	

Veuillez décrire la nature du traitement (p. ex. : chirurgie, physiothérapie, programmes de réadaptation, etc.)

Veuillez remplir selon le cas :

	Nom	Adresse	Dates
Hôpital			
Centre de réadaptation			
Physiothérapie			
Soins de longue durée			
Centre de soins de jour pour adultes			
Autre			

Veuillez remplir selon le cas :

Médicament	Posologie	Date de début	Réaction/Effets secondaires	Date d'arrêt ou de modification

Votre patient est-il un : Employé Travailleur autonome Retraité/sans emploi

Veuillez décrire les tâches relatives à l'emploi ou aux activités, telles que vous les connaissez :

Si le patient est sans emploi ou à la retraite, veuillez indiquer une période raisonnable de rétablissement :

Aucune activité du _____ au _____

Activité partielle du _____ au _____

Si le patient est un employé/travailleur autonome, veuillez indiquer :

Combien de temps votre patient a-t-il été ou sera-t-il totalement invalide (incapable de travailler) du _____ au _____

Combien de temps votre patient a-t-il été ou sera-t-il partiellement invalide (capable d'accomplir certaines et non pas toutes les tâches relatives à son emploi) :

du : _____ au _____

NOM DU PATIENT	
DATE DE NAISSANCE	

Noms des autres assureurs, commissions de compensation, organismes gouvernementaux à qui vous devez rendre compte :

Existe-t-il des obstacles qui pourraient entraver la capacité de votre patient de retourner au travail (p. ex. emploi, famille, causes de stress, etc.)?

Veuillez nous fournir tout renseignement qui selon vous nous aiderait à comprendre l'état de votre patient :

Remarques :

Le patient est-il encore sous vos soins? Oui Non Dans la négative, depuis quelle date? _____

Identification du médecin

Nom, prénom : _____

Adresse : _____ Tél : _____

_____ Télécopieur : _____

No de permis : _____

Omnipraticien Spécialiste Préciser : _____

Signature : _____ Date:

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

REMARQUE : LA PERSONNE ASSURÉE EST RESPONSABLE DE TOUS LES FRAIS EXIGÉS POUR FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE.