

Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Trousse « Demande de règlement »

La trousse « Demande de règlement » comprend : un feuillet d'instructions, les formulaires à remplir pour demander des indemnités d'invalidité et des renseignements importants sur le processus de règlement.

Veillez conserver le présent feuillet d'instructions pour pouvoir vous y reporter.

La trousse « Demande de règlement » comprend les formulaires suivants, qui doivent être remplis et soumis dans les 90 jours du début de l'invalidité totale :

- A** Déclaration du demandeur – Justificatif préliminaire de perte
- B** Autorisation et déclarations
- C** Déclaration initiale du médecin traitant
- D** Renseignements sur certificats et établissements financiers
- E** Déclaration de l'employeur ou **E2** Déclaration du travailleur autonome

Veillez en outre fournir une copie de votre certificat de naissance ou de votre permis de conduire.

A Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte

Dans ce formulaire, on vous demande des renseignements à votre sujet. Veuillez remplir au complet toutes les parties du formulaire. Si d'autres renseignements que vous jugez pertinents pour votre demande de règlement n'y sont pas demandés, veuillez les joindre en annexe.

B Autorisation et déclarations

Il nous faut votre permission pour obtenir des renseignements qui nous aideront à évaluer votre demande de règlement. En signant ce formulaire d'autorisation et de déclarations, vous autorisez l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à obtenir des renseignements de vos médecins, de votre employeur, d'autres assureurs, de fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes indiquées dans l'autorisation. En outre, vous confirmez que les renseignements que vous fournirez ultérieurement en personne ou par téléphone seront véridiques et complets.

C Déclaration initiale du médecin traitant

Le médecin qui vous soigne pour votre condition invalidante doit remplir ce formulaire. On lui demande des renseignements généraux sur votre condition. Les honoraires que votre médecin traitant peut exiger pour remplir ce formulaire sont à votre charge.

D Renseignements sur certificats et établissements financiers

Dans ce formulaire, on vous demande des renseignements importants sur votre certificat, l'établissement financier et le prêt. Veuillez remplir les parties applicables et, surtout, ne pas oublier d'indiquer le **numéro de certificat**. Si vous avez plus d'un prêt couvert par une assurance-invalidité avec l'Industrielle Alliance, veuillez fournir des renseignements additionnels dans la section prévue à cet effet ou sur une feuille distincte. Ce formulaire nous permet en outre d'échanger des renseignements, de nature non médicale, avec votre concessionnaire et votre établissement financier.

E Déclaration de l'employeur

Avant que nous puissions évaluer votre demande de règlement, il faut que votre employeur remplisse le formulaire E. Si vous êtes travailleur autonome, vous devez remplir le formulaire **E2**.

Avant de soumettre votre demande de règlement :

- Assurez-vous d'avoir lu attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « LIMITATIONS ET EXCLUSIONS ».
- Assurez-vous que vous avez lu toutes les instructions, et que toutes les sections pertinentes de la trousse « Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité » ont été remplies par vous, par votre employeur et par le(s) médecin(s) traitant(s).
- Veillez à ce que votre demande de règlement soit complète; toute information manquante pouvant causer des retards.

Pour assurer le traitement rapide de votre demande de règlement :

- Veuillez transmettre votre demande de règlement à la société à l'adresse indiquée en haut des formulaires de demande. N'envoyez pas les formulaires par télécopieur ; envoyez-les par la poste ou par messagerie.
- Du fait que nos directeurs médicaux ne vous examinent pas, nous dépendons de la qualité des renseignements médicaux fournis par vos médecins pour évaluer votre demande.
- Nous vous recommandons de soumettre votre demande de règlement dès que possible après la fin du délai de carence afin d'éviter des retards inutiles.



Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Trousse « Demande de règlement » (suite)

Dès la réception de votre demande de règlement :

- La société évalue les renseignements inscrits sur les formulaires de demande de règlement, détermine votre admissibilité à des indemnités du point de vue de la couverture et des limitations et exclusions, détermine si vous êtes incapable de reprendre le travail et établit une date pertinente pour le retour au travail ou le rétablissement. Notre décision est fondée sur les dispositions du certificat d'assurance, sur les exigences de votre emploi et sur la gravité de vos symptômes attestés par les documents médicaux.
- Nous pouvons juger nécessaire de correspondre directement avec vos médecins pour obtenir les renseignements médicaux complémentaires dont nous avons besoin pour évaluer votre admissibilité aux indemnités.
- Il est possible que nous communiquions avec vous dans le futur afin d'obtenir des autorisations additionnelles exigées par un médecin.
- Dès la réception de tous les formulaires de demande de règlement originaux, nous communiquerons avec vous dans un délai de dix jours ouvrables pour vous informer :
 - si d'autres renseignements sont requis,
 - si votre demande de règlement est approuvée et payée, ou
 - si votre demande de règlement ne peut pas être traitée, et pour quelles raisons.

Notes importantes et réponses à quelques questions fréquemment posées :

- Les coûts reliés à la production de la preuve initiale de perte, dont le coût des renseignements médicaux fournis par vos médecins traitants, sont à votre charge. Lorsque la société s'adresse directement à vos médecins pour obtenir des renseignements, elle offre de payer des honoraires de correspondance pour ce service.
- Un **docteur diplômé en médecine** doit remplir la « Déclaration initiale du médecin traitant ».
- Vous devez soumettre votre demande de règlement dans les 90 jours de la date du début de votre invalidité totale.
- Nous vous rappelons qu'il vous incombe de continuer à faire vos versements à votre établissement financier jusqu'à ce que votre demande de règlement ait été acceptée. Par conséquent, nous vous recommandons de contacter votre établissement financier pour vous assurer de prendre les arrangements nécessaires afin d'éviter le défaut de vos obligations.
- Si votre demande de règlement est acceptée, les indemnités commencent un mois après la date du début de l'invalidité et par la suite elles sont versées mensuellement à la fin de chaque période.
- Les indemnités sont versées directement à l'établissement financier pour réduire votre obligation financière aux termes du prêt. Nous vous avisons de tous versements effectués.
- Si votre état s'améliore ou se détériore considérablement, vous devez en aviser immédiatement la société.
- N'hésitez pas à nous appeler si vous avez des questions concernant votre réclamation ou le processus de réclamation. Un de nos représentants du service à la clientèle se fera un plaisir de répondre à vos questions.
- Si vous ne pouvez pas nous joindre immédiatement, veuillez laisser un message. Nous nous efforçons de retourner tous les appels dans un délai d'un jour ouvrable.

VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER À :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Service des règlements Vie et Invalidité

Adresse postale : C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6

Adresse municipale : 400-988, Broadway Ouest, Vancouver (C.-B.) V5Z 1K7

Numéro sans frais : 1 800 549-7227

Télécopieur : 1 833 733-9519 / 604 733-9519

Il vous incombe d'aviser la société de votre retour au travail à quelque titre que ce soit, ou de votre rétablissement.

A Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

Numéro de certificat

DEMANDEUR

Prénom	Initiales	Nom	☐ Mme ☐ M
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro d'assurance maladie provinciale	Courriel	
Téléphone résidentiel	Téléphone cellulaire	Téléphone au travail	Poste

INFORMATIONS SUR LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ

Quelle condition médicale cause votre invalidité?

Date du début de l'invalidité pour cette condition (aaaa-mm-jj)

Date du premier jour d'absence au travail (aaaa-mm-jj)

Avez-vous déjà eu une condition ou une blessure semblable? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)

SVP fournir les détails des traitements (ex. : Chirurgie, médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

Votre invalidité a-t-elle été causée par un accident? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP fournir les détails suivants :

Date de l'accident (aaaa-mm-jj) Heure de l'accident Où l'accident est-il survenu? ☐ Travail ☐ Domicile ☐ Autre Si autre, SVP fournir les détails :

☐ AM ☐ PM

SVP décrire l'accident et de quelle façon vous avez été blessé(e)

À quel endroit avez-vous obtenu des services médicaux pour cette condition ou blessure?

SVP indiquer le nom et l'adresse du médecin ou de l'établissement de santé :

Nom	Adresse	Ville	Province	Code postal
-----	---------	-------	----------	-------------

Première date à laquelle vous avez obtenu des services médicaux (aaaa-mm-jj)

SVP décrire votre traitement actuel (ex. : Chirurgie, médicaments, physiothérapie, psychothérapie, autre)



A Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte (suite)

RENSEIGNEMENTS SUR VOS MÉDECINS

Médecin(s) traitant(s) :

Nom du médecin/clinique	Adresse	Téléphone	Télécopieur

Médecin de famille actuel :

Nom du médecin/clinique	Adresse	Téléphone	Télécopieur

Médecin de famille au début de votre prêt :

Nom du médecin/clinique	Adresse	Téléphone	Télécopieur

Autres médecins, cliniques et/ou hôpitaux fréquentés au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent :

Nom du médecin/clinique	Adresse	Téléphone	Télécopieur

AUTRES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

S'agit-il d'un accident de véhicule motorisé (incluant automobile, VTT, motoneige, motocross, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, SVP fournir les détails suivants :

Étiez-vous au volant ou passager(ère)?	Année, marque et modèle du véhicule motorisé	Coût estimé des dommages
☐ Au volant ☐ Passager(ère)		\$

Est-ce que l'alcool ou la drogue a été un facteur dans l'accident? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez expliquer :

Est-ce que la police s'est présentée? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez attacher le rapport de police.

Est-ce que des accusations ont été portées? ☐ Oui ☐ Non Si oui, contre qui, et quelles sont les accusations?

Allez-vous entamer des poursuites judiciaires? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP fournir les détails :



A Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte (suite)

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE EMPLOI

Êtes-vous travailleur autonome? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir le formulaire **E2** « Déclaration du travailleur autonome ».

Avez-vous présentement un emploi? ☐ Oui ☐ Non

Répondez aux questions en fonction de votre emploi actuel ou dernier emploi.

Quelle est (était) votre profession?

Date d'embauche initiale (aaaa-mm-jj)

Date du dernier jour travaillé (aaaa-mm-jj)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Veuillez décrire brièvement vos tâches de travail

Occupation : Permanent à temps ☐ plein ☐ partiel ☐ Occasionnel ☐ Temporaire ☐ Saisonnier ☐ Contractuel

Si saisonnier ou contractuel, SVP fournir des détails, incluant les semaines ou les mois travaillés

Nombre d'heures travaillées par semaine

Est-ce que vous travaillez sur différents quarts de travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP fournir les détails :

Veuillez décrire comment votre condition affecte votre capacité de travailler (qu'est-ce que vous n'êtes pas capable de faire à cause de votre condition?)

Votre emploi est-il toujours disponible? ☐ Oui ☐ Non Si non, SVP expliquer :

Date prévue du retour au travail de l'employé : À temps plein (aaaa-mm-jj)

À temps partiel (aaaa-mm-jj)

Est-ce que vous détenez plus d'un emploi? ☐ Oui ☐ Non Si oui, inscrire la liste de vos employeurs ici :

AUTRE SOURCES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ (CNESST/CSIAT OU L'ÉQUIVALENT, RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE L'EMPLOYEUR, AUTRE)

Source	Nom de la compagnie	Numéro de la réclamation	Nom et numéro de téléphone de votre contact

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente déclaration sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

X

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

B Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Autorisation et déclarations

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

La protection de la confidentialité de vos renseignements personnels

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») reconnaît et respecte le droit de chaque individu au respect de sa vie privée. Vos renseignements personnels sont conservés dans un dossier de règlement confidentiel aux bureaux de la société ou aux bureaux d'un organisme autorisé par la société, dans un lieu sécurisé. Nous restreignons l'accès aux renseignements figurant dans votre dossier au personnel de la société et aux personnes autorisées par celle-ci qui ont besoin d'y accéder pour remplir leurs fonctions, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi.

Nous utilisons ces renseignements pour étudier et évaluer votre demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance.

Vous pouvez accéder aux renseignements personnels figurant dans votre dossier et corriger tout renseignement inexact. Tout renseignement personnel sur votre santé vous sera fourni par l'entremise d'un médecin praticien de votre choix. Pour examiner vos renseignements personnels, veuillez envoyer une demande écrite à l'attention du Service des règlements à l'adresse indiquée ci-dessus, en y indiquant le nom du médecin praticien.

VEUILLEZ SIGNER LES DEUX AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Autorisation et déclarations

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société »), les fournisseurs de soins de santé, mon employeur, d'autres compagnies d'assurance et d'autres organismes, les établissements, les administrateurs des prestations d'État, les personnes qui possèdent des dossiers ou des renseignements sur moi et les fournisseurs de services indemnifiables qui travaillent avec la société, à communiquer et échanger tout renseignement sur ma personne et sur ma santé, lorsque cela est nécessaire pour étudier et évaluer ma demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance.

Je comprends que la société utilisera les renseignements personnels obtenus au moyen de la présente autorisation pour évaluer une demande de prestations. La société communiquera les renseignements obtenus uniquement aux personnes et aux organismes qui font affaire ou qui rendent des services juridiques relativement à ma demande de règlement, ou seulement de la manière exigée par la loi ou que je peux autoriser.

La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de ma demande de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par ailleurs.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je déclare que les renseignements consignés dans la Déclaration du demandeur sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone au sujet de la présente demande de règlement sera véridique et complète. Je consens à ce que toutes les déclarations susdites forment la base des prestations approuvées par suite de cette demande de règlement.

X

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature du demandeur

Date (aaaa-mm-jj)

Autorisation et déclarations

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société »), les fournisseurs de soins de santé, mon employeur, d'autres compagnies d'assurance et d'autres organismes, les établissements, les administrateurs des prestations d'État, les personnes qui possèdent des dossiers ou des renseignements sur moi et les fournisseurs de services indemnifiables qui travaillent avec la société, à communiquer et échanger tout renseignement sur ma personne et sur ma santé, lorsque cela est nécessaire pour étudier et évaluer ma demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance.

Je comprends que la société utilisera les renseignements personnels obtenus au moyen de la présente autorisation pour évaluer une demande de prestations. La société communiquera les renseignements obtenus uniquement aux personnes et aux organismes qui font affaire ou qui rendent des services juridiques relativement à ma demande de règlement, ou seulement de la manière exigée par la loi ou que je peux autoriser.

La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de ma demande de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par ailleurs.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je déclare que les renseignements consignés dans la Déclaration du demandeur sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone au sujet de la présente demande de règlement sera véridique et complète. Je consens à ce que toutes les déclarations susdites forment la base des prestations approuvées par suite de cette demande de règlement.

X

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature du demandeur

Date (aaaa-mm-jj)

Numéro de certificat

C Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration initiale du médecin traitant

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

SECTION 1 — AUTORISATION À REMPLIR PAR LE PATIENT

La présente ne constitue pas une demande d'examen mais une demande de renseignements contenus dans votre dossier. Il incombe au patient de se procurer le présent formulaire et de s'acquitter des frais qui pourraient être exigés pour le compléter.

Nom du patient

Numéro de certificat

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

J'autorise la communication de tout renseignement demandé dans le présent formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à ses représentants.

X

Signature du patient

Date (aaaa-mm-jj)

SECTION 2 — À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Diagnostic(s) (incluant toute complication)

Si dû à une grossesse, quelle est (ou était) la date prévue de l'accouchement? (aaaa-mm-jj)

Premier jour d'absence au travail (aaaa-mm-jj)

Date de la première visite médicale (aaaa-mm-jj)

Fréquence des visites ☐ Hebdomadaires ☐ Mensuelles ☐ Autre (SVP décrire) :

Votre patient a-t-il été admis au service d'urgence de l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non Votre patient a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

SVP inclure une copie de la « Feuille sommaire d'hospitalisation ». Si celle-ci n'est pas disponible, SVP indiquer :

Nom de l'hôpital

Date d'admission (aaaa-mm-jj)

Date de sortie (aaaa-mm-jj)

Est-ce qu'une chirurgie a été effectuée ou est prévue? ☐ Oui ☐ Non

Procédure

Date (aaaa-mm-jj)

Nom du chirurgien

Spécialité

Si votre patient était inscrit sur une liste d'attente, SVP indiquer depuis quelle date (aaaa-mm-jj)

Êtes-vous le médecin de famille du patient? ☐ Oui, depuis quelle date? (aaaa-mm-jj) ☐ Non, nom du médecin de famille?

Avez-vous les notes du médecin précédent? ☐ Oui ☐ Non

Si le patient vous a été référé, nom du médecin référent

Date de la référence (aaaa-mm-jj)

Nom et spécialité des autres médecins qui ont participé ou participeront à l'évaluation des problèmes médicaux de votre patient :

Nom du médecin

Spécialité

Date de la consultation (aaaa-mm-jj)

Est-ce que votre patient a déjà souffert de cette condition ou d'une condition similaire? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, SVP indiquer les dates, le diagnostic et le(s) traitement(s) reçu(s) :

Date (aaaa-mm-jj)

Diagnostic et traitement(s)



C Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration initiale du médecin traitant (suite)

Veuillez indiquer toutes les dates des rendez-vous, avis médicaux, traitements, consultations, services médicaux, **au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent** (Vous pouvez également inclure une copie complète du dossier médical de votre patient, y compris les notes cliniques, **les rapports de consultations et les résultats de tests** au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent) :

Est-ce que les notes sont incluses? ☐ Oui ☐ Non

Date (aaaa-mm-jj)	Historique/Constatations	Diagnostic	Traitement(s)

Veuillez fournir une liste de tout médicament prescrit au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent :

Médicament	Prescrit pour	Date de la première prescription (aaaa-mm-jj)	Date de cessation (si applicable) (aaaa-mm-jj)

Basé sur vos constatations et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives et/ou physiques de votre patient, les limitations de mouvements ainsi que leurs degrés (qu'est-ce qu'il n'est pas en mesure de faire?)

Veuillez décrire le traitement actuel et la réponse au traitement, s'il y a lieu (incluant médicaments, physiothérapie, etc.)

À votre connaissance, le patient a-t-il suivi le plan de traitement recommandé?
☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez expliquer :

Veuillez énumérer toutes complications et autres conditions qui ont un effet sur le niveau de fonctionnement de votre patient et la période prévue pour son rétablissement

Selon votre opinion, quelle est la date la plus rapprochée à laquelle votre patient sera suffisamment rétabli afin de retourner au travail?

À temps plein (aaaa-mm-jj)	À temps partiel (aaaa-mm-jj)	Avec des tâches modifiées (aaaa-mm-jj)

Tout autre commentaire

Nom du médecin (en lettres moulées)

Spécialité

Adresse

Téléphone

Télécopieur

X

Signature du médecin

Date (aaaa-mm-jj)

McMarque de commerce d'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

D Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Renseignements sur certificats et établissements financiers

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

À remplir par le demandeur

CERTIFICAT ET CONCESSIONNAIRE — 1^{ER} PRÊT

Concessionnaire vendeur ou courtier			Numéro de certificat		Date de l'achat (aaaa-mm-jj)		
Téléphone		Télécopieur		Courriel		Province	Code postal

ÉTABLISSEMENT FINANCIER — 1^{ER} PRÊT (OÙ LE PRÊT EST DÉTENU)

Nom			Numéro de prêt et/ou NIV		Jour des versements sur prêt		
Adresse			Ville		Province		Code postal
Contact		Téléphone		Télécopieur		Courriel	
Montant du versement		Fréquence					
		\$ ☐ Mensuel ☐ Aux 2 semaines ☐ Hebdomadaire ☐ Autre :					

CERTIFICAT ET CONCESSIONNAIRE — 2^{ÈME} PRÊT (S'IL Y A PLUS D'UN PRÊT)

Concessionnaire vendeur ou courtier			Numéro de certificat		Date de l'achat (aaaa-mm-jj)		
Téléphone		Télécopieur		Courriel		Province	Code postal

ÉTABLISSEMENT FINANCIER — 2^{ÈME} PRÊT

Nom			Numéro de prêt et/ou NIV		Jour des versements sur prêt		
Adresse			Ville		Province		Code postal
Contact		Téléphone		Télécopieur		Courriel	
Montant du versement		Fréquence					
		\$ ☐ Mensuel ☐ Aux 2 semaines ☐ Hebdomadaire ☐ Autre :					

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à communiquer à mon établissement financier ou à mon concessionnaire vendeur, relativement à ce certificat d'assurance ou, s'il y en a plus d'un, à ces certificats d'assurance, tout **renseignement non médical** concernant l'état de ma demande de règlement.

Si vous avez plus de deux prêts couverts par une assurance-invalidité auprès de la société, vous pouvez photocopier la présente page pour fournir les renseignements sur les autres prêts ou joindre une feuille séparée.

X	
Nom du demandeur (en lettres moulées)	Signature
	Date (aaaa-mm-jj)

Les indemnités d'assurance-crédit payables sont versées directement à l'établissement financier où le prêt a été contracté.

E Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration de l'employeur

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

Travailleur autonome : Remplir le formulaire E2

EMPLOYEUR : Remplir les sections 1 et 2 et signer au bas.

Nom de l'employé

Numéro de certificat

SECTION 1

Nom de l'employeur

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Adresse

Ville

Province

Code postal

Date d'embauche (aaaa-mm-jj)

Revenu annuel

\$

Occupation : Permanent à temps ☐ plein ☐ partiel* ☐ Occasionnel ☐ Temporaire ☐ Saisonnier* ☐ Contractuel ☐ Autre** : _____

* Emploi saisonnier ou à temps partiel : indiquez ci-dessous l'horaire de travail de l'employé et la moyenne d'heures travaillées par semaine.

** Autre type d'emploi : indiquez ci-dessous la nature de la relation de travail, l'horaire de travail et la moyenne d'heures travaillées par semaine.

Heures travaillées par semaine

L'employé est-il affecté à différents quarts de travail?

☐ Oui ☐ Non Si différents quarts de travail, SVP détailler : _____

Titre de l'emploi

Veuillez joindre une copie de la description de l'emploi ou décrire les tâches principales, et combien de temps est alloué pour chaque tâche durant la semaine :

Tâche	% de temps alloué	Tâche	% de temps alloué
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Date du dernier jour de travail de l'employé (aaaa-mm-jj)

Raison :

☐ Mise-à-pied ☐ Grève ☐ Lock-out ☐ Invalidité ☐ Autre : _____

SECTION 2

Était-ce une blessure reliée au travail? La demande a-t-elle été approuvée par la CNESST/CSIAT ou l'équivalent?

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP indiquer le numéro de dossier : _____

L'employé a-t-il travaillé certains jours depuis la date de l'invalidité?

☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP indiquer les dates (aaaa-mm-jj) : _____

Date prévue du retour au travail de l'employé : À temps plein (aaaa-mm-jj)

À temps partiel (aaaa-mm-jj)

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente déclaration sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

X

Nom de l'employeur (en lettres moulées)

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

E2 Demande de règlement — Assurance-crédit invalidité

Déclaration du travailleur autonome

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

À COMPLÉTER SEULEMENT SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME

Nom de l'assuré		Numéro de certificat	
Nom complet de votre entreprise		Numéro d'enregistrement provincial/fédéral	
Adresse complète de votre entreprise		Ville	Province
			Code postal
Téléphone	Télécopieur	Courriel	Site Internet
Votre entreprise est-elle toujours en opération? ☐ Oui ☐ Non			
Est-ce que votre entreprise a plus d'un emplacement? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP indiquer les adresses et numéros de téléphone :			
Adresse	Ville	Province	Code postal
			Numéros de téléphone
Avez-vous d'autres entreprises? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP fournir les détails :			
Votre titre	Votre entreprise est-elle une propriété?	Date à laquelle vous êtes devenu propriétaire de cette entreprise	
	☐ Unique ☐ Partenariat ☐ Corporation		
Nature de l'entreprise, incluant produits et services	Avez-vous des employés? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, SVP indiquer le nombre d'employés (vous excluant) :	
Les opérations de votre entreprise sont-elles saisonnières? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP fournir les détails :			
Veuillez indiquer votre revenu annuel brut pour les 4 dernières années :			
Cette année	\$	Année 2	\$
		Année 3	\$
		Année 4	\$
Quelles sont les tâches principales de votre travail et combien d'heures par semaine y consacrez-vous?			
Tâche	Nombre d'heures par semaine	Tâche	Nombre d'heures par semaine
Veuillez indiquer toutes les tâches dont vous êtes responsable présentement			Nombre d'heures par semaine
Veuillez indiquer les tâches spécifiques que vous ne pouvez effectuer présentement en raison de votre condition médicale			
Si vous êtes incapable de toute tâche, SVP indiquer la date de votre dernier jour de travail (aaaa-mm-jj)			
Y'a-t-il d'autres personnes responsables d'accomplir les tâches que vous ne pouvez faire en raison de votre invalidité? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, sont-elles rémunérées? ☐ Oui ☐ Non ☐ Nouvelles embauches ☐ Employés existants ☐ Autre :			
Veuillez fournir tout autre renseignement que vous jugez approprié concernant votre entreprise			

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente déclaration sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

X

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature

Date (aaaa-mm-jj)