

Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

Trousse « Demande de règlement »

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

Veuillez 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 la maladie grave :

- 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

Veuillez en outre fournir une copie de votre certificat de naissance ou de votre permis de conduire et demander à votre établissement financier de fournir une copie de l'historique de paiements du début du prêt jusqu'à présent.

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-maladie grave et/ou 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 (si applicable), 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 maladie grave » ont été remplies par vous, par votre employeur (si applicable), 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 afin d'éviter des retards inutiles.



Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

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. Notre décision est fondée sur les dispositions du certificat d'assurance 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 ».
- Nous vous rappelons qu'il vous incombe de 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, le montant de la prestation équivaldra au moins élevé des montants suivants :
 - le solde de votre prêt à la date du diagnostic de « maladie grave » déterminé suivant un avis du créancier, moins tout arriéré dans les versements;
 - dans le cas d'un contrat de location, la valeur actualisée de vos paiements non réglés et la valeur résiduelle indiquée dans votre proposition d'assurance, le cas échéant;
 - le maximum prévu aux termes du plan.
- Les indemnités seront versées directement à l'établissement financier pour réduire votre obligation financière aux termes du prêt. Nous vous aviserons de tous versements effectués.
- Soyez avisé(e) que le certificat d'assurance ne couvre pas les frais liés au retard ou au défaut de paiement, ni aux prolongations de prêt.
- 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

A Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte

Veuillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

Numéro de certificat

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Veuillez décrire le type de maladie grave ou le type de chirurgie	Date du diagnostic ou de la chirurgie (aaaa-mm-jj)
Veuillez décrire les premiers symptômes	Date d'apparition des premiers symptômes (aaaa-mm-jj)

Premier médecin, hôpital et/ou clinique médicale que vous avez consultés pour cette condition :

Nom	Adresse	Téléphone
Date de la première consultation pour cette condition (aaaa-mm-jj)		

Des investigations ont-elles été menées? ☐ Oui ☐ Non Si oui, SVP préciser à quel endroit :

Nom de l'établissement de santé	Adresse	Téléphone
Nom du médecin qui a posé le diagnostic		

Nom de tous autres médecins, spécialistes, cliniques et hôpitaux consultés pour cette condition :

Nom du médecin/clinique/hôpital	Adresse	Téléphone

Quel traitement avez-vous reçu et allez-vous recevoir pour votre condition?

Avez-vous déjà souffert d'une condition similaire ou de la même condition? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, SVP fournir de plus amples détails ainsi que les dates (aaaa-mm-jj) :



A Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

Déclaration du demandeur — Justificatif préliminaire de perte (suite)

RENSEIGNEMENTS SUR VOS MÉDECINS ET HÔPITAUX

Médecin(s) traitant votre maladie grave :

Nom	Adresse	Téléphone	Télécopieur	Depuis combien de temps êtes-vous suivi par ce médecin ou à cette clinique?

Votre médecin principal/médecin de famille :

Nom	Adresse	Téléphone	Télécopieur	Depuis combien de temps êtes-vous suivi par ce médecin ou à cette clinique?

Énumérez les médecins, les cliniques médicales et/ou les hôpitaux que vous avez fréquentés au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent : Indiquez la date et la raison de la consultation. Si vous manquez d'espace, attachez une feuille séparée.

Nom du médecin, de la clinique ou de l'hôpital	Adresse	Date (aaaa-mm-jj)	Raison de la consultation

Énumérez toutes les pharmacies où vous avez rempli une ordonnance au cours des 12 derniers mois jusqu'à présent :

Nom de la pharmacie	Adresse	Téléphone	Télécopieur

AUTRES SOURCES DE PRESTATIONS D'ASSURANCE

Si vous recevez d'autres prestations d'assurance, SVP fournir les informations suivantes :

Nom de la compagnie	Type de prestation	Numéro de la demande	Nom et numéro de téléphone du contact

Je certifie que les renseignements ci-dessus 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 est 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

Date (aaaa-mm-jj)

B Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

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 indemnissables 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 indemnissables 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 maladie grave

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

Date à laquelle le diagnostic a été confirmé (aaaa-mm-jj)

Date d'apparition des symptômes (aaaa-mm-jj)

Description des premiers symptômes

 Date de la 1^{ère} consultation pour cette condition (aaaa-mm-jj)

 Lieu de la 1^{ère} consultation (médecin de famille, urgence, clinique sans rendez-vous, etc.)

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

Afin de nous permettre d'étudier la demande de votre patient le plus rapidement possible, **veuillez joindre une copie des rapports de consultations, investigations et tests menés confirmant le diagnostic, incluant :**

Cancer	Crise cardiaque	Accident vasculaire cérébral	Toutes autres conditions
- Rapport de pathologie - Rapport de consultation avec spécialiste - Tous autres rapports indiquant : - Site de la tumeur - Type de tumeur - Taille de la tumeur - Profondeur de la tumeur - Histologie et stadification - Invasion des tissus adjacents - Atteinte des ganglions lymphatiques - Métastases	- Évidence d'infarctus du myocarde - Rapport de consultation avec spécialiste - Électrocardiogramme - Résultats de tests de laboratoire incluant marqueur cardiaque biochimique, enzymes cardiaques - Protocole opératoire - Angiographie, lecture d'échocardiogramme	- Évidence d'un AVC - Neuroimagerie (Tomodensitométrie et/ou IRM) - Rapport de consultation avec spécialiste - Évaluations en neurologie - Preuves de séquelles neurologiques d'une durée supérieure à 30 jours	- Tous les autres rapports pertinents confirmant le diagnostic - Protocoles opératoires - Pour les brûlures, degré et % de la surface corporelle - Pour la cécité, l'acuité visuelle avant et après la correction pour les deux yeux - Pour la défaillance majeure d'organes, date à laquelle le patient a été placé sur une liste de transplantation d'organes au Canada

Traitement actuel et plan de traitement à venir



C Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

Déclaration initiale du médecin traitant (suite)

Votre patient a-t-il déjà souffert de la même affection 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)

Si le diagnostic est lié à une maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, pontage coronarien, AVC), veuillez indiquer la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois, ou les problèmes cardiaques (maladie coronarienne athérosclérotique, ancien IM ou autre) ou vasculaires (athérosclérose, AIT, etc.) ont été diagnostiqués la première fois :

Date (aaaa-mm-jj)

--

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)

Date de la 1^{ère} consultation avec votre patient
(aaaa-mm-jj)

Si votre patient vous a été référé, veuillez nous indiquer le nom du
médecin référent

Date de la référence
(aaaa-mm-jj)

--	--	--

Tout autre commentaire

--

Nom du médecin (en lettres moulées)

Spécialité

--	--

Adresse

Téléphone

Télécopieur

--	--	--

X

Signature du médecin

Date (aaaa-mm-jj)

D Demande de règlement — Assurance-crédit maladie grave

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-maladie grave et/ou 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 maladie grave

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 maladie grave

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? ☐ Unique ☐ Partenariat ☐ Corporation		Date à laquelle vous êtes devenu propriétaire de cette entreprise	
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	Date (aaaa-mm-jj)
Signature	Date (aaaa-mm-jj)
Nom du demandeur (en lettres moulées)	