

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	Nom de l'assuré : _____ Votre (vos) emploi(s) : _____ Travailleur autonome : Oui ____ Non ____ (Si oui, continuer) Si non, aller à la section 'Employés' Nom de l'entreprise : _____ Adresse de l'entreprise : _____ Produit/service : _____ Date du plus récent contrat : _____ Type de travail : _____ Personne responsable du dernier contrat : _____ N° de téléphone : _____ Durée des 3 derniers contrats : _____ Décrire en détail vos activités quotidiennes habituelles : _____ _____ _____ Nombre d'employés permanents : _____ Nombre d'employés temporaires et de sous-traitants : _____ Établir une liste des contrats actuels ou du travail présentement disponible : _____ Si vous êtes sans emploi, confirmer à partir de quelle date et en fournir la preuve : _____
R E V E N U	Revenu mensuel moyen (incluant : salaire, honoraires, bonis, commissions, moins les frais généraux d'entreprise avant déduction de l'impôt sur le revenu) : _____ _____ Votre entreprise est-elle présentement en exploitation ? _____ Dans l'affirmative, quelles tâches accomplissez-vous ? _____ _____
E M P L O Y É S	Employeur : _____ Nom et n° de tél. de la personne-ressource : _____ Votre titre : _____ Décrivez vos tâches habituelles : _____ _____ Combien d'heures par semaine travaillez-vous ? _____ Quel est votre salaire annuel (incluant : salaire, honoraires, bonis, commissions, moins les frais généraux d'entreprise avant déduction de l'impôt sur le revenu) ? _____ Un travail partiel, allégé ou modifié est-il disponible ? _____

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 : _____
 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

Je n'ai pas travaillé depuis : _____
 Quelles restrictions ou limitations physiques vous empêchent actuellement d'effectuer toutes ou certaines de vos tâches quotidiennes : _____

 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. RÉGIONAL
DATE	

AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE ET REMPLACEMENT DE REVENU

Avez-vous fait une demande pour d'autres prestations 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, LLC., 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.

Prénom et nom de la personne assurée en lettres moulées : _____

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 fournir les dates initiales et ultérieures du traitement pour cette condition : _____

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.