

N° de contrat d'assurance _____

1. Identification du réclamant

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle _____
Prénom et nom de famille Nom de famille à la naissance

Adresse : _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Téléphone Cellulaire

|A|A|A|A|M|M|J|J|
Date de naissance

Vous travaillez : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel

Si vous ne travaillez pas, êtes-vous :

Nombre d'heures par semaine : _____ ☐ retraité(e)Employeur : _____ ☐ aux étudesAdresse : _____ ☐ sans emploiVotre occupation : _____ ☐ autres, spécifiez : _____**2. Renseignements relatifs à la demande de règlement d'invalidité**

Si maladie : Diagnostic : _____ Date du début de la maladie : |A|A|A|A|M|M|J|J|

Si accident : Nature de la blessure : _____ Date de l'accident : |A|A|A|A|M|M|J|J|

Date de l'arrêt des activités ou de l'arrêt de travail : |A|A|A|A|M|M|J|J|

Expliquez les circonstances de l'accident (si nécessaire, utilisez une autre feuille) : _____

Avez-vous séjourné dans un établissement de santé ou un hôpital ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel : _____ Période du |A|A|A|A|M|M|J|J| au |A|A|A|A|M|M|J|J|

Adresse : _____

Veuillez poursuivre votre déclaration au verso.

Renseignements relatifs à vos activités quotidiennes

Pour nous aider à évaluer votre demande, veuillez identifier les activités qui vous concernent seulement.

Activités	Quelles étaient vos activités avant votre invalidité ?	Dites-nous de quelle façon vos activités ont été ou sont actuellement modifiées depuis votre invalidité ?		
Préparer les repas	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Manger	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Vous laver/vous habiller	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Faire la vaisselle/le lit/le lavage	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Faire les courses	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Gérer le budget	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Passer l'aspirateur/faire le ménage	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Conduire l'automobile	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Déneiger/tondre la pelouse	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Vous déplacer dans la maison	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Marcher/vous déplacer dehors	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Aller danser, jouer aux quilles	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Lecture/télévision/jeux de patience	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Faire du ski/du vélo/jouer au golf	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Sortie cinéma/club de cartes	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Utiliser un ordinateur	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Gérer votre médication	☐	☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Bénévolat (spécifiez)		☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable
Autre activité non énumérée		☐ Je le fais seul(e)	☐ Je le fais avec aide	☐ Incapable

Avez-vous repris vos activités et/ou recommencé à travailler ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis quand ? Si non, date prévue de retour ?

Nom et adresse de votre médecin de famille actuel :

Si vous consultez ce médecin de famille depuis moins de cinq (5) ans, veuillez fournir le nom et l'adresse de votre médecin de famille précédent :

Si un membre de votre famille vous a aidé(e) à compléter cette déclaration et que vous l'autorisez à discuter du dossier avec nous, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Prénom et nom de famille										Lien avec vous					Téléphone				

Je, soussigné, certifie par les présentes que les réponses aux questions ci-dessus sont inscrites correctement et qu'elles sont entières, complètes et véridiques, au meilleur de ma connaissance. Je déclare qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment.

☒																			
Signature du réclamant										Date									