

-
- Assurance salaire de courte durée
-
-
- Assurance salaire de longue durée
-
-
- Exonération des primes

**LES DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ, DE L'EMPLOYEUR ET DU MÉDECIN TRAITANT
DOIVENT ÊTRE SOUMISES DANS LES 90 JOURS SUIVANT LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ.****RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

N° de groupe : _____ Numéro d'ID : _____ Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Tél. : _____ N° d'assurance sociale : _____ N° d'assurance-maladie : _____
Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____
Études : primaires secondaires collégiales universitaires
Emploi actuel : _____
Emploi(s) antérieur(s) : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES

- Quelle est la cause de votre invalidité ? maladie accident
Dans le cas d'une maladie, précisez la date d'apparition des symptômes : _____
Dans le cas d'un accident, veuillez préciser : date : _____ heure : _____
Endroit : _____
Circonstances de l'accident (comment est-il arrivé) : _____

- Date du dernier jour de travail : _____
- Date du début de votre invalidité (incapacité de travailler) : _____
- Date de la première consultation chez un médecin : _____
- Nom et adresse des médecins consultés depuis 2 ans : _____

- Êtes-vous en attente de tests, traitements, consultations ou chirurgies ? oui non Si oui, précisez : _____

- Êtes-vous enceinte ? oui non Si oui, date prévue de l'accouchement : _____
- Au moment de votre arrêt de travail, occupiez-vous un autre emploi (emploi secondaire) ? oui non

AVEZ-VOUS DEMANDÉ DES PRESTATIONS AUPRÈS DE L'UN DES ORGANISMES SUIVANTS ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3. Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4. Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5. Régie des rentes du Québec/Canada (RRQ / RPC) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6. Anciens Combattants Canada | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7. Régime de retraite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8. Assurance prêt hypothécaire, prêt automobile, prêt personnel | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 9. Autre assurance salaire (individuelle ou association professionnelle) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.

Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION

Par la présente j'autorise Croix Bleue Medavie à obtenir tous les renseignements médicaux et administratifs relatifs à cette invalidité et nécessaires au règlement de la présente demande auprès d'un professionnel de la santé, d'une clinique médicale, d'un hôpital, d'un employeur, d'un assureur, d'un organisme gouvernemental et du preneur du contrat. J'autorise également Croix Bleue Medavie à échanger de tels renseignements avec ces personnes et organismes.

Signature : _____ Date : _____