



**DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)**

Veillez remplir cette partie et voir à ce que votre médecin traitant remplisse sa déclaration. Retournez ce formulaire et celui du médecin traitant à votre employeur.

- 1. Nom au complet: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_
- 2. Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_
- 3. Date de naissance: \_\_\_\_\_
- 4. Indiquez la date de l'accident ou du début de la maladie ayant causé l'invalidité actuelle. \_\_\_\_\_
- 5. Indiquez la date à laquelle vous avez cessé de travailler en raison de votre invalidité. \_\_\_\_\_
- 6. Donnez les détails de votre invalidité actuelle en incluant la cause et les antécédents. \_\_\_\_\_

7. Avez-vous déjà souffert d'une condition semblable?  oui  non Si oui, indiquez les dates et décrivez cette maladie. \_\_\_\_\_

8. S'agit-il d'un accident?  oui  non Si oui, décrivez l'accident en incluant la date, l'heure et l'endroit. \_\_\_\_\_

Est-ce que votre invalidité résulte d'un accident de travail ou une maladie professionnelle?  oui  non Si oui, avez-vous présenté une demande de prestations auprès de la Commission des accidents de travail?  oui  non Si oui, précisez les montants à la question 9 ainsi que les dates de ces paiements.

9. Recevez-vous ou êtes-vous éligible à recevoir des prestations des sources suivantes? (Veillez cocher)

	Date de prise d'effet	Montant
<input type="checkbox"/> Revenus salaire offerts par votre employeur	_____	_____
<input type="checkbox"/> Commission des accidents de travail	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assurance-emploi	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____	_____	_____

10. Nom et adresse de votre médecin et de spécialistes traitants: \_\_\_\_\_

11. Les dates d'hospitalisation, s'il y a lieu, et le nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous présentement employé ailleurs?  oui  non Si oui, veuillez indiquer les coordonnées de cet autre employeur (nom, adresse et numéro de téléphone). \_\_\_\_\_

13. Date prévue pour le retour au travail: \_\_\_\_\_

14. Niveau de scolarité atteint et formation complémentaire: \_\_\_\_\_

15. Veuillez décrire brièvement vos emplois antérieurs: \_\_\_\_\_

Je déclare que les renseignements fournis dans cette réclamation sont, au meilleur de ma connaissance, entiers, complets et vrais. J'autorise par la présente tout médecin diplômé, omnipraticien, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout autre organisme ou personne possédant des dossiers ou renseignements sur moi-même ou sur mon état de santé, à les communiquer à Assomption Vie ou à ses réassureurs.

Date: \_\_\_\_\_ Signature du réclamant: \_\_\_\_\_