

N<sup>os</sup> de contrat et certificat : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_

Rue Ville Code postale

Salarié  / Travailleur autonome (enr.)  / Actionnaire (inc.)  \_\_\_\_\_ % de part \_\_\_\_\_ nbre d'employé à votre charge

Nombre d'heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_ Pourcentage tâches administratives \_\_\_\_\_ % Pourcentage tâches manuelles \_\_\_\_\_ %

Nom de l'employeur ou entreprise : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

1. Quelle était votre occupation régulière professionnelle avant votre invalidité? \_\_\_\_\_

A. S'agit-il d'une occupation saisonnière?  **Oui**  **Non**

Si oui, quelle est la période annuelle normale de travail ? du |—j—|—m—|— — a — —| au |—j—|—m—|— — a — —|

B. Salaire/Revenu : \_\_\_\_\_ \$  mensuel ou  annuel

2. Étiez-vous activement au travail au moment de l'invalidité actuelle?  **Oui**  **Non**

A. Si non, pourquoi? \_\_\_\_\_

**3. ACCIDENT**

3.1) Où et comment l'accident s'est-il produit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2) Date de l'accident ? |—j—|—m—|— — a — —|

3.3) Quels ont été les premiers symptômes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. MALADIE**

4.1) Quels ont été les premiers symptômes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2) À quelle date avez-vous remarqué ces symptômes pour la 1<sup>re</sup> fois?

|—j—|—m—|— — a — —|

**5. Quelle est la cause de votre invalidité?**

\_\_\_\_\_

**6. Quelles sont vos incapacités face à votre travail habituel?**

\_\_\_\_\_

7. La dernière journée travaillée est le : |—j—|—m—|— — a — —|

8. Date du dernier jour de travail rémunéré ou de maladie payée : |—j—|—m—|— — a — —|

9. Date à laquelle vous avez consulté un médecin la première fois pour cette condition : |—j—|—m—|— — a — —|

10. Depuis quand êtes-vous continuellement et totalement invalide :

|—j—|—m—|—a—|

11. Avez-vous déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable?

Oui  Non

Si oui, quand?

|—j—|—m—|—a—|

<b>12. Médecins</b> Dressez une liste de tous les médecins consultés pour <b> votre présente invalidité </b> .	<b>13. Hospitalisation</b> Avez-vous été hospitalisé <b> pour cette condition </b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez énumérer toutes les hospitalisations que vous avez eues relativement à l'invalidité actuelle.	<b>14. Antécédents</b> Veuillez indiquer <b> les professionnels de la santé </b> que vous avez consultés et les hospitalisations que vous avez eues <b> au cours des 2 dernières années </b> .
Nom et adresse du médecin/Date de consultation/Raison	Nom de l'hôpital/Date d'hospitalisation/Raison	Nom et adresse du médecin/Date de consultation/Raison

**15. AUTRES REVENUS**

Demandez-vous des indemnités d'une autre source?  Oui  Non Si oui, veuillez indiquer de quelle source il s'agit :

- CSST / CAT  SAAQ / ASS. AUTO  RRQ / RPC MALADIE  RRQ / RPC RETRAITE
- IVAC / CCRVC  CHÔMAGE MALADIE  CHÔMAGE MANQUE D'EMPLOI  Commission de la construction du Qc
- Autres sources, telles que C<sup>ies</sup> d'assurances ou autre, indiquez la source et le numéro du contrat:

\_\_\_\_\_

Montant de l'indemnité mensuelle que vous recevez : \_\_\_\_\_ et depuis quand? |—j—|—m—|—a—|

16. Je suis retourné au travail ou je peux retourner au travail :  Oui  Non

À temps partiel le |—j—|—m—|—a—|

À temps plein le |—j—|—m—|—a—|

Tâches régulières ou  Travaux légers ou  Tâches modifiées, indiquez lesquelles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Je certifie que les déclarations faites dans ce formulaire sont complètes et véridiques.**

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_