

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—|

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

- CNESST / 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^{ies} 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 : _____