C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
**ivari.ca**

# Déclaration de l'assuré – Demande de prestations d'invalidité et d'exonération des primes

## 1 Renseignements sur la personne assurée

| Nom de famille | Prénom | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | ○ Homme ○ Femme |
|---|---|---|---|
| Numéro(s) de police(s) | | Utilisez-vous des produits à base de nicotine? | ○ Oui ○ Non |

### ADRESSE DE RÉSIDENCE ACTUELLE

| Adresse | | | App./Bur. |
|---|---|---|---|
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Téléphone – domicile | Cellulaire | Téléphone – bureau | |
| Courriel | Profession | Secteur d'activité* | |

*Référez-vous à la ***Liste des secteurs d'activités et des professions valables (IP-LP1971FR)***.

### ADRESSE AU BUREAU

| Nom de l'entreprise ou de l'employeur | | Nature de l'activité | Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) |
|---|---|---|---|
| Personne-ressource | Adresse | | App./Bur. |
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Site Web | Téléphone | Courriel | |

Préférez-vous qu'on communique avec vous à l'adresse ou au numéro de téléphone de votre domicile ou de votre bureau?
○ Domicile ○ Bureau

## 2 Précisions sur l'invalidité

a) Veuillez décrire la nature de votre condition : _____

b) Quels ont été vos premiers symptômes? _____

c) Quand les premiers symptômes sont-ils apparus? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

d) Quand avez-vous été traité pour la première fois par un médecin? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

e) Quel a été votre dernier jour de travail? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

f) Quand avez-vous été incapable de travailler pour la première fois? Date : (JJ/MM/AAAA) _____ Heure : _____

g) Avez-vous déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable? ○ Oui ○ Non
Si ***« Oui »,*** veuillez la décrire en détail, en spécifiant les dates : _____

h) Avant votre arrêt de travail, votre condition a-t-elle nécessité des modifications aux tâches habituelles de votre profession?
○ Oui ○ Non
Si ***« Oui »,*** veuillez donner des précisions, en incluant les dates auxquelles ces modifications ont été effectuées :

## 3 Si l'absence est attribuable à une blessure, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) De quel type de blessure s'agit-il? _____

b) Comment la blessure est-elle survenue? _____

_____

c) Date de la blessure (JJ/MM/AAAA) _____

d) Une poursuite est-elle envisagée ou a-t-elle été intentée contre un tiers par suite de cette blessure? ○ Oui ○ Non
Si ***« Oui »,*** veuillez donner des détails, en incluant les noms et dates : _____

_____

e) Veuillez joindre une copie du rapport de police, le cas échéant.

## 4 Traitement

a) Si vous avez été traité dans un hôpital, un établissement de soins de santé ou un centre de réadaptation, veuillez donner les détails suivants :

| Nom de l'hôpital, de l'établissement de soins de santé ou du centre de réadaptation | | | Numéro de téléphone |
|---|---|---|---|
| Adresse | | | App./Bur. |
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Date d'admission (JJ/MM/AAAA) | Date de sortie (JJ/MM/AAAA) | | |

b) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tout médecin ou de tout fournisseur de soins de santé auprès duquel vous avez reçu des traitements médicaux et des soins en réadaptation :

| Nom et spécialité | | | Numéro de téléphone |
|---|---|---|---|
| Adresse | | | App./Bur. |
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA) | Fréquence des visites | Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA) | Courriel |

| Nom et spécialité | | | Numéro de téléphone |
|---|---|---|---|
| Adresse | | | App./Bur. |
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA) | Fréquence des visites | Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA) | Courriel |

| Nom et spécialité | | | Numéro de téléphone |
|---|---|---|---|
| Adresse | | | App./Bur. |
| Ville | Province/Territoire/État | Pays | Code postal/Code ZIP |
| Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA) | Fréquence des visites | Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA) | Courriel |

c) Si vous avez été récemment confiné à la maison en raison de votre invalidité, veuillez préciser les dates : _____

_____

d) Veuillez décrire votre traitement actuel (par ex., chirurgie, physiothérapie, services de counselling) : _____

e) Si votre traitement nécessite le recours à la médecine douce ou à la médecine parallèle, veuillez préciser : _____

f) Si vous prenez des médicaments sur ordonnance ou en vente libre, veuillez fournir les détails suivants :

| NOM DU MÉDICAMENT | POSOLOGIE ET FRÉQUENCE | DATE DE DÉBUT DE LA PRISE DU MÉDICAMENT (JJ/MM/AAAA) | BUT DU MÉDICAMENT |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Y a-t-il eu des changements dans la posologie indiquée ci-dessus? ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »,*** veuillez préciser : _____

g) Veuillez énumérer les pharmacies auprès desquelles vous remplissez vos ordonnances :

| NOM DE LA PHARMACIE | ADRESSE | N° DE TÉLÉPHONE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

h) Si vous devez être dirigé vers un spécialiste, subir des analyses sanguines, des radiographies, des examens médicaux, une chirurgie, ou faire l'objet d'une enquête, ou recevoir un traitement quelconque, veuillez donner des détails :

| TYPE DE SPÉCIALISTE, D'ENQUÊTE OU DE TRAITEMENT | DATE PRÉVUE (JJ/MM/AAAA) | FOURNISSEUR OU ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

i) Veuillez indiquer si le traitement reçu jusqu'à maintenant a pu éliminer ou réduire vos symptômes ou vous aider à en faire face :

j) Êtes-vous satisfait de votre traitement actuel? ○ Oui ○ Non

Si ***« Non »,*** y a-t-il d'autres traitements que vous envisagez? _____

k) Dans l'ensemble, comment décririez-vous votre condition actuelle?

○ Guérison ○ Amélioration ○ Aucun changement ○ Détérioration

## 5 Auto-évaluation fonctionnelle

a) Quelles tâches pouvez-vous accomplir présentement? _____

b) De quelle façon votre condition affecte-t-elle votre capacité d'exercer vos activités quotidiennes? _____

c) Veuillez décrire comment les symptômes vous empêchent de travailler, en ajoutant des commentaires :

| **Symptôme spécifique** | **Le cas échéant, veuillez spécifier la localisation du symptôme, sa durée, sa fréquence et sa gravité** |
|---|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

## 6 Retour au travail

a) Avez-vous repris le travail? ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »,*** depuis quand? (JJ/MM/AAAA) _____ _____ heures/semaine ○ Temps partiel ○ Temps plein

b) Êtes-vous capable d'exercer tout autre emploi? ○ Oui ○ Non Si ***« Oui »,*** veuillez préciser : _____

c) Si vous n'avez pas repris votre emploi habituel, quand prévoyez-vous être en mesure de le faire?

○ Je ne prévois pas retourner au travail à temps partiel ou à temps plein.

○ Je prévois reprendre le travail à temps partiel aux alentours du : (JJ/MM/AAAA) _____
à raison de _____ heures/semaine.

○ Je prévois reprendre le travail à temps plein aux alentours du : (JJ/MM/AAAA) _____

d) Quelles sont les tâches habituelles de votre profession que vous n'êtes pas capable d'accomplir en raison de votre condition et comment celle-ci vous empêche-t-elle de les accomplir?

e) À votre avis, quelles améliorations pourraient accélérer votre retour au travail ou augmenter le nombre d'heures que vous travaillez présentement?

f) Quelles discussions avez-vous eu avec votre médecin au sujet d'une date éventuelle de votre retour au travail ou d'une augmentation du nombre d'heures que vous travaillez présentement?

g) Quelles sont les restrictions imposées, le cas échéant, par votre médecin à l'égard de vos tâches habituelles?

h) La personne qui coordonne vos traitements médicaux a-t-elle également mis au point un plan de retour au travail?
○ Oui ○ Non Si ***« Non »,*** quelle est la personne qui élabore votre plan de retour au travail? _____

i) En plus des traitements médicaux que vous recevez actuellement, avez-vous besoin d'une aide quelconque pour faciliter votre retour au travail ou pour augmenter vos heures de travail?
○ Oui ○ Non Si ***« Oui »,*** veuillez préciser. _____

j) Selon vous, des modifications ergonomiques à votre lieu de travail, des changements à votre horaire de travail et (ou) des dispositions en matière de transport peuvent-ils vous aider à retourner au travail ou à augmenter vos heures de travail dès maintenant ou dans un avenir proche?
○ Oui ○ Non Si ***« Oui »,*** veuillez préciser. _____

k) Y a-t-il des considérations non médicales qui rendent plus difficile votre retour au travail?
○ Oui ○ Non Si ***« Oui »,*** veuillez préciser. _____

**Tant que vous recevez des prestations, vous devez, sans tarder, aviser ivari :**
- **de tout emploi rémunéré ou non que vous exercez, ou**
- **de tout revenu d'emploi versé à vous ou à un tiers par suite de tout travail que vous exercez.**

## 7 Autres sources de revenu

a) Veuillez indiquer toute autre forme de revenu que vous recevez ou que vous avez demandé :

| SOURCE | DEMANDE DÉJÀ APPROUVÉE | DEMANDE SOUMISE/ APPEL EN COURS | NON ADMISSIBLE/ SANS OBJET |
|---|---|---|---|
| Régime de rentes du Québec/de pensions du Canada | ○ | ○ | ○ |
| Régime provincial d'indemnisation des accidents du travail (par ex., CSST, CSPAAT, CSSIAT, etc.) | ○ | ○ | ○ |
| Régime d'assurance individuelle ou collective, ou régime d'association | ○ | ○ | ○ |
| Continuation du salaire ou autres avantages sociaux | ○ | ○ | ○ |
| Assurance crédit | ○ | ○ | ○ |
| Continuité de revenu provenant des accords de partenariat* | ○ | ○ | ○ |
| Assurance-emploi | ○ | ○ | ○ |
| Régime de retraite | ○ | ○ | ○ |
| Exonération des primes d'assurance vie | ○ | ○ | ○ |
| Autre (veuillez préciser ci-dessous) | ○ | ○ | ○ |

*Veuillez fournir des détails sur les accords de partenariat, le cas échéant.

b) Si vous touchez un revenu d'une source citée précédemment, veuillez remplir ce qui suit.

| COMPAGNIE/ORGANISME D'ÉTAT | NUMÉRO DE POLICE | MONTANT MENSUEL | TYPE DE PROTECTION | PERSONNE-RESSOURCE |
|---|---|---|---|---|
| | | $ | | |
| | | $ | | |
| | | $ | | |
| | | $ | | |
| | | $ | | |
| | | $ | | |

## 8 Renseignements supplémentaires

Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait être utile dans l'évaluation de votre demande.

Si vous joignez des documents au présent formulaire, veuillez en dresser la liste.

## 9 Certification

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare ce qui suit :

- Je suis autorisé(e) à donner des instructions à l'égard de la police indiquée dans le présent formulaire.
- Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets.
- J'ai lu et pleinement compris le contenu du présent formulaire, et j'accepte les modalités qui y sont énoncées.

| Nom du demandeur | Signature du demandeur | Date (JJ/MM/AAAA) |
|---|---|---|
| Nom du témoin | Signature du témoin | Date (JJ/MM/AAAA) |

**POUR ÉVITER TOUT RETARD DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE, ASSUREZ-VOUS QUE TOUTES LES SECTIONS DU PRÉSENT FORMULAIRE SONT REMPLIES AU COMPLET.**

## 10 Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur **ivari.ca,** décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, que vous soyez personne assurée ou demandeur. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

En résumé :

**ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :**

- La vérification de votre identité.
- L'évaluation de tout formulaire que vous soumettez dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de la police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de la police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

**Si l'évaluation de la demande de règlement l'exige, nous pouvons également recueillir vos renseignements personnels auprès de sources externes,** notamment les établissements ou les prestataires de soins de santé, les agences d'enquête et/ou les agences de renseignements sur la consommation et le crédit.

**Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance,** y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, les réassureurs d'ivari, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien, les intermédiaires du marché, vos bénéficiaires et cessionnaires, votre médecin de famille ou votre médecin traitant, et d'autres compagnies d'assurance auxquelles une demande de prestation peut être soumise.

**Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.**

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

**Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.**

## CONSENTEMENT REQUIS POUR CE FORMULAIRE ET POUR LA POLICE

Les autorisations suivantes sont nécessaires lors de la soumission de ce formulaire à ivari :

1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'**avis de confidentialité** et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur **ivari.ca.**
2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.
3. Si je donne mon consentement au nom d'une ou de plusieurs personnes assurées mineures (âgées de moins de 18 ans au Québec ou de moins de 16 ans dans toutes les autres provinces) aux points ci-dessus, je déclare être habilité à le faire.

_____ _____

Signature de la **personne assurée** Signature du **demandeur**



MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER