

1 Renseignements sur l'assuré

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom	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		Nature de l'activité	App./Unité
Ville		Province	Code postal
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau	
Adresse de courriel	Profession	Secteur d'activité*	

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

ADRESSE AU BUREAU

Nom de l'entreprise ou de l'employeur		Nature de l'activité	Date d'embauche (JJ/MM/AAAA)
Adresse			Bureau/Unité
Ville	Province	Code postal	Personne-ressource
Site Web	Téléphone	Télécopieur	

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 :

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

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		Date d'admission (JJ/MM/AAAA)	Date de sortie (JJ/MM/AAAA)
Adresse			Bureau/Unité
Ville	Province	Code postal	Téléphone

- 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			
Adresse			Bureau/Unité
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA)	Fréquence des visites	Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA)	Télécopieur
Nom et spécialité			
Adresse			Bureau/Unité
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA)	Fréquence des visites	Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA)	Télécopieur
Nom et spécialité			
Adresse			Bureau/Unité
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Date de la dernière visite (JJ/MM/AAAA)	Fréquence des visites	Date de la prochaine visite (JJ/MM/AAAA)	Télécopieur

- 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) : _____

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

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

1.	LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ SPÉCIFIER LA LOCALISATION DU SYMPTÔME, SA DURÉE, SA FRÉQUENCE ET SA GRAVITÉ
2.	LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ SPÉCIFIER LA LOCALISATION DU SYMPTÔME, SA DURÉE, SA FRÉQUENCE ET SA GRAVITÉ
3.	LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ SPÉCIFIER LA LOCALISATION DU SYMPTÔME, SA DURÉE, SA FRÉQUENCE ET SA GRAVITÉ
4.	LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ SPÉCIFIER LA LOCALISATION DU SYMPTÔME, SA DURÉE, SA FRÉQUENCE ET SA GRAVITÉ
5.	LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ SPÉCIFIER LA LOCALISATION DU SYMPTÔME, SA DURÉE, SA FRÉQUENCE ET SA GRAVITÉ

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?

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

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 :

	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.

9 Autorisation et déclaration

ATTESTATION DU DEMANDEUR

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En cas de déclaration fautive ou trompeuse, il pourrait y avoir annulation de la couverture, rejet de la demande de règlement et recouvrement des règlements précédents. J'accepte de rembourser à ivari tout paiement reçu après avoir présenté une demande de règlement pour des prestations auxquelles je n'avais pas droit.

AVIS CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire feront partie du dossier qu'ivari a ouvert et conserve à son siège social. Les renseignements dans votre dossier pourront être utilisés aux **fins de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement**. ivari recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans les sections du présent formulaire concernant l'autorisation de divulgation de renseignements personnels. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen du présent formulaire, de tous formulaires et questionnaires supplémentaires, et à partir des **sources externes** suivantes.

Les médecins et autres praticiens et fournisseurs de soins médicaux et de soins de santé; les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux; les autres compagnies d'assurance et de réassurance; les agences d'enquête; le bureau des permis et immatriculations de toute juridiction; l'employeur; la commission des accidents du travail ou tout régime similaire; tout organisme gouvernemental et vos conseillers en assurance indépendants.

Ces renseignements personnels peuvent porter sur votre santé, votre caractère, votre réputation en général, vos caractéristiques personnelles, vos finances, votre crédit et votre mode de vie. Pour les besoins de l'enquête, il est possible qu'un représentant chargé d'établir de tels rapports communique avec vous en personne ou par téléphone. Pour en savoir plus sur le processus d'analyse de toute demande de règlement, veuillez nous écrire à : **Service des règlements**, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.

Vos renseignements pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, distributeurs et intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins décrites ci-dessus. Le cas échéant, vos renseignements personnels pourraient également être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements personnels pourraient être, en toute sécurité, utilisés, consignés et consultés dans d'autres pays et

être assujettis à leurs lois. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes des gouvernements, des tribunaux ou des autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Nous avons élaboré des procédures pour protéger vos renseignements personnels. Toutefois, en cas d'accès, de divulgation ou d'utilisation non autorisés, vous pourriez faire face aux risques suivants : vol d'identité, détérioration de votre cote de crédit, perte financière, embarras ou atteinte à votre réputation. Si nous estimons que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, nous veillerons à ce que notre Bureau de la protection de la vie privée vous en informe et vous suggère des mesures pour vous en prémunir.

Les détails de la Politique sur la protection la vie privée d'ivari se trouvent sur **ivari.ca**.

Vous pouvez refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels. Toutefois, dans un tel cas, ivari pourrait ne pas être en mesure de fournir les services d'administration, ce qui pourrait retarder le traitement de la demande ou entraîner son rejet.

AUTORISATION À L'ASSUREUR

J'autorise/Nous autorisons l'assureur à recueillir, utiliser et divulguer mes/nos renseignements personnels (y compris les renseignements médicaux) à des fins liées à l'assurance.

AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour les **besoins de la conduite d'enquêtes et d'analyse de toute demande de règlement**, j'autorise/nous autorisons toute personne, y compris sans toutefois s'y limiter, tout médecin ou tout fournisseur de soins de santé, tout hôpital ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout employeur, toute commission des accidents du travail ou tout autre régime similaire, tout organisme gouvernemental ou toute autre organisation, institution, association ou personne, à divulguer à ivari ou à échanger avec celle-ci ou avec son représentant, tous renseignements pertinents qu'ils pourraient avoir à mon/notre sujet (y compris les renseignements ayant trait à la santé, aux finances ou au versement de prestations), demandés par ivari aux fins de l'assurance.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande/nous demandons des prestations ou des services d'ivari. Je, soussigné(e), reconnais/Nous, soussigné(e)s, reconnaissons qu'une photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée par moi/nous est aussi valide que l'original.

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

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.



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 • Téléphone : 1-800-846-5970

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