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

Profil du travailleur indépendant avant invalidité

Personne assurée	Numéro(s) de police

1 Activités professionnelles

Votre ou vos professions actuelles : _____

Employeur (le cas échéant) : _____

Genre d'entreprise : ○ Entreprise à propriétaire unique ○ Société de personnes

○ Société par actions : Nom _____ Pourcentage (%) de participation _____

Partagez-vous le revenu ou les dépenses de votre entreprise avec d'autres personnes? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : _____

2 Lieu d'affaires

DÉTAILS	BUREAU À DOMICILE	CLINIQUE OU CABINET	AUTRE LIEU D'AFFAIRES	PRÉCISIONS SUR L'AUTRE LIEU D'AFFAIRES
a) Où menez-vous normalement vos affaires?	○	○	○	
b) Quel pourcentage de temps passez-vous à chaque lieu d'affaires?	%	%	%	
c) Le local vous appartient-il ou appartient-il à un apparenté?	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non	
Le cas échéant, quel pourcentage détenez-vous dans le local?	%	%	%	
Le cas échéant, quel pourcentage l'apparenté détient-il dans le local?	%	%	%	
d) Y a-t-il une partie de votre local que vous louez?	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non	Dans ***l'affirmative*** : _____ % _____ $

3 Employés

NUMÉRO D'EMPLOYÉ	POSTE ET (OU) FONCTIONS DE L'EMPLOYÉ	NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES	L'EMPLOYÉ EST-IL APPARENTÉ À VOUS?	VOTRE PART DU SALAIRE MENSUEL DE L'EMPLOYÉ
1		heures/semaine	○ Oui ○ Non	$
2		heures/semaine	○ Oui ○ Non	$
3		heures/semaine	○ Oui ○ Non	$
4		heures/semaine	○ Oui ○ Non	$

Autres commentaires : _____

4 Société de gestion

a) Avez-vous des frais de gestion à payer? ○ Oui Montant par mois : _____ $

○ Non Veuillez passer à la section suivante.

b) Nom et adresse de la société de gestion avec laquelle vous faites affaire : _____

c) Quels sont les services fournis par cette société de gestion? _____

d) Vous ou l'apparenté avez-vous un lien d'affaires, une participation ou un intérêt financier à l'égard de cette société?

○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : _____

5 Activités principales

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE PROFESSION HABITUELLE ET DÉCRIRE VOS TÂCHES. POUR CHAQUE ACTIVITÉ, IL SUFFIT DE DONNER DES CHIFFRES APPROXIMATIFS FONDÉS SUR DES MOYENNES MENSUELLES.	NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES À CETTE ACTIVITÉ PAR MOIS	REVENU APPROXIMATIF PAR MOIS	OU	POURCENTAGE DU REVENU PAR MOIS
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				
Activités professionnelles		$		%
Description des tâches				

Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

6 Autre revenu

a) À l'exclusion du revenu de placements et de celui généré par vos activités principales, tirez-vous un revenu d'une autre source?
○ Oui ○ Non

b) Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser — Revenu mensuel approximatif de cette source

_____ _____ $

_____ _____ $

7 Horaire type

a) Combien de semaines de vacances prenez-vous chaque année? _____

b) Combien de temps consacrez-vous à la formation continue chaque année? _____ ○ jours ○ semaines

c) Veuillez inscrire dans les cases horaires ci-dessous le nombre d'heures que vous travaillez habituellement (au cours d'une semaine type) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							
Soirée							

Nombre total d'heures travaillées en moyenne, par semaine : _____

d) Quel est votre horaire des services de garde (le cas échéant)? _____

8 Véhicule automobile

a) Veuillez indiquer l'année et le modèle de votre véhicule : _____

b) Êtes-vous propriétaire ou locataire du véhicule? ○ Propriétaire ○ Locataire Échéance du bail : _____ (JJ/MM/AAAA)

c) Quel est le montant total du paiement de location ou du coût de dépréciation mensuel(le) de votre véhicule? _____ $

d) Quel pourcentage de ce montant est réservé à l'usage professionnel? _____%

9 Renseignements supplémentaires

En ajoutant des commentaires ou renseignements supplémentaires concernant votre revenu, vos dépenses ou vos activités professionnelles, vous, en tant que travailleur indépendant, nous aiderez à mieux comprendre votre profil avant l'invalidité. Si vous avez des besoins ou exigences spécifiques liés à l'exercice de vos activités professionnelles, n'hésitez pas à nous en faire part dans l'espace ci-dessous.

10 Documents financiers

Veuillez identifier le dépositaire de vos documents financiers et ses coordonnées.

Nom/Compagnie			
Adresse			App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone	Courriel		

Remarque : Les renseignements fournis sur le présent formulaire seront traités de manière confidentielle et ne seront divulgués à quiconque sans votre permission préalable écrite.

11 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 propriétaire, 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 votre demande ou de toute demande ou tout formulaire que vous soumettez à l'avenir dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de votre police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de votre 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.

Signature de la **personne assurée**

Signature du **demandeur**

12 Déclaration

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)

C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-855-806-5057 • **reclamations@ivari.ca**

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

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