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

Questionnaire sur les activités (prolongation de prestations)

Numéro de police : _____ Nom de la personne assurée/du rentier : _____

Dans le cadre de l'évaluation de votre demande de règlement concernant le maintien de vos prestations d'invalidité, nous devons obtenir des renseignements additionnels pour comprendre les conséquences de vos troubles médicaux sur votre capacité à exercer vos activités. Pour nous aider dans notre évaluation, nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes. Si vous manquez d'espace, veuillez inscrire vos réponses sur des feuilles distinctes.

Les questions suivantes se rapportent à votre état actuel :

1 Décrivez vos activités au cours d'une journée normale de la semaine, depuis votre réveil jusqu'au coucher.

_____

2 Décrivez vos activités au cours d'une journée normale de fin de semaine, depuis votre réveil jusqu'au coucher.

_____

3 Décrivez vos activités courantes.

a) Loisirs _____

b) Activités sportives _____

c) Bénévolat _____

d) Clubs/Associations _____

e) Travaux ménagers _____

f) Garde d'enfants _____

g) Cuisine _____

h) Formation continue ou pour adultes _____

i) Animaux de compagnie _____

j) Éducation aux adultes _____

k) Autre _____

4 Visitez-vous votre bureau/milieu de travail depuis votre arrêt de travail? ○ Oui ○ Non
Dans ***l'affirmative***, combien de fois par semaine et combien de temps y passez-vous à chaque visite? Quelles sont vos activités lors de ces visites?

5 Exercez-vous un autre type de travail? ○ Oui ○ Non
Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : (heures de travail par semaine, description de vos tâches, rémunération, etc.)

6 Avez-vous soumis une demande de prestations auprès de la Régie des rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC)? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, quelle est la date de soumission de votre demande? (JJ/MM/AAAA) _____
Dans ***l'affirmative***, a-t-elle été acceptée? ○ Oui ○ Non
Dans ***l'affirmative***, veuillez nous fournir une copie de la lettre indiquant votre admissibilité.
Dans ***la négative***, y a-t-il eu une discussion à ce sujet avec votre médecin?

7 Êtes-vous titulaire d'un permis de conduire valide? ○ Oui ○ Non

8 Conduisez-vous? ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, combien d'heures par semaine? _____

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom	Signature	Date de la signature (JJ/MM/AAAA)

ivari MC 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