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

Perte résiduelle de revenu – déclaration de revenu courant

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Nom de la personne assurée : _____ Numéro(s) de police : _____

Instructions pour la déclaration du revenu courant

Pour nous permettre d'étudier une demande de règlement pour perte résiduelle de revenu, vous devez nous indiquer votre revenu courant pendant la période d'un mois indiquée au haut du verso du présent formulaire. Pour bien comprendre ce que vous devez déclarer et comment remplir le formulaire, veuillez lire la définition de revenu et suivre les étapes ci-dessous.

Qu'est-ce que le revenu?

Par ***revenu***, on entend le revenu brut que vous recevez pour vos services personnels, avant impôts mais après les dépenses d'entreprise admissibles. Le revenu comprend tous les types de revenu gagné, y compris le salaire, les honoraires, les commissions et les gratifications. Si vous travaillez à votre compte ou pour votre propre société, le revenu comprend également le revenu de l'entreprise, lequel englobe les dividendes et les bénéfices de ladite entreprise. Le revenu n'englobe pas les autres dividendes, les revenus de location, les redevances, les rentes ou tout autre type de revenu non gagné.

Par ***revenu courant***, on entend le revenu que vous touchez au titre des services personnels que vous assurez entièrement depuis le début de votre invalidité.

Étapes à suivre

1 Dans l'espace réservé à cet effet à la partie 1, indiquer votre rémunération et vos dépenses d'entreprise, le cas échéant, pendant la période d'un mois indiquée au haut du verso. Si vous recevez plus d'une déclaration de revenu courant, veuillez remplir chacune d'elles en indiquant seulement votre revenu pendant la période d'un mois indiquée au haut de chacun des formulaires. Veuillez noter que pour déclarer les dépenses d'entreprise qui sont habituellement annualisées, comme les amortissements, la dépréciation et les impôts fonciers, vous devez indiquer le douzième de ces frais annuels sur les déclarations de revenu courant.

2 Remplir la partie 2 dont les questions se rapportent au revenu indiqué dans la partie 1. Au besoin, utiliser une feuille de papier séparée que vous signerez et daterez, en indiquant le ou les numéros de police mentionnés au verso.

3 Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez dater et signer l'autorisation de la partie 4 et nous retourner le formulaire à l'adresse ci-dessus. Cette autorisation nous permet d'obtenir de tierces parties les renseignements pouvant préciser ou corroborer votre déclaration des gains courante.

Vérification

Nous nous réservons le droit de vérifier périodiquement le revenu que vous déclarez. Pour ce faire, nous pouvons procéder à une vérification des comptes, à nos frais, demander des copies de vos déclarations d'impôt à l'Agence du revenu du Canada ou recourir à d'autres moyens semblables.

REMPLIR LE VERSO

DÉCLARATION DE REVENU COURANT PENDANT LA PÉRIODE

D'un mois débutant le : _____ et prenant fin le : _____

Partie 1 – Votre revenu courant

Instructions : Indiquer le montant de tous les types de rémunération que vous avez reçus, ainsi que les dépenses d'entreprise, pendant la période indiquée ci-dessus. Si vous êtes un associé ou que vous appartenez à une société par actions ou que vous n'êtes pas responsable à 100 % des dépenses d'entreprise de votre société, n'indiquer que les dépenses d'entreprise (englobant le coût de marchandises vendues) qui relèvent de vous. Les espaces laissés en blanc indiqueront que vous n'avez pas eu les types de rémunération ou de dépenses d'entreprise correspondants pendant cette période.

PENDANT LA PÉRIODE D'UN MOIS INDIQUÉE CI-DESSUS :

1. En contrepartie des services personnels effectués, j'ai reçu :
   - a) Un revenu pour ces services _____ $
   - b) Des bénéfices dividendes et prêts de l'entreprise ou de la société _____ $
   - c) D'autres types de rémunération *(à l'exclusion des revenus non gagnés)* _____ $
   - d) Un revenu total *[faire le total des lignes 1a) à 1c)]* 0,00 $
2. Coût des marchandises vendues ou d'exploitation _____ $
3. Rémunération totale *[soustraire la ligne 2 de la ligne 1d)]* 0,00 $
4. Cotisations par la société ou l'entreprise à un régime de retraite ou de participation aux bénéfices reconnu, lorsqu'il n'y pas eu d'exonération de ces cotisations par suite d'une invalidité _____ $
5. Rémunération brute reçue *(additionner les lignes 3 et 4)* 0,00 $
6. Dépenses d'entreprise normales et habituelles :
   - a) Amortissement, dépréciation et impôts *(salaire, entreprise, propriété, etc.)* _____ $
   - b) Programme d'avantages sociaux _____ $
   - c) Cotisations au régime de retraite des salariés *(autres que les vôtres)* _____ $
   - d) Salaires *(autres que le vôtre)* _____ $
   - e) Intérêt sur les prêts de l'entreprise _____ $
   - f) Services juridiques et professionnels _____ $
   - g) Frais généraux _____ $
   - h) Loyers sur les biens d'entreprise _____ $
   - i) Services publics et téléphone _____ $
   - j) Autres (préciser) _____ $
   - k) Total des dépenses d'entreprise *[lignes 6a) à 6j)]* 0,00 $
7. Revenu courant *[soustraire la ligne 6k) de la ligne 5]* 0,00 $

Partie 2 – Détails du revenu

Instructions : Répondre aux questions suivantes portant sur le revenu indiqué à la partie 1.

1. a) De quelle entreprise avez-vous reçu les revenus décrits ci-dessus?

   Nom : _____ Téléphone : _____

   Adresse : _____

   b) À l'exception des jours pendant lesquels cette entreprise est normalement fermée, y avez-vous travaillé tous les jours pendant la période en question? ○ Oui ○ Non

   Si ***« non »***, expliquer pourquoi. _____

   c) Avez-vous exercé une autre profession pendant cette période? ○ Oui ○ Non

   Si ***« oui »***, pour qui? _____

   Nom : _____ Téléphone : _____

   Adresse : _____

   d) Qui détient les documents corroborant le montant des revenus/dépenses indiqués ci-dessus?

   Nom : _____ Lien : _____

   Adresse : _____

2. Si le revenu indiqué pour la période en question est moindre que votre revenu avant le début de votre invalidité pour des raisons indépendantes de celle-ci :

   a) Quels sont les autres facteurs ayant contribué à votre diminution de revenu? _____

   Selon quel pourcentage? _____ %

   c) Quand prévoyez-vous que ces facteurs indépendants de votre invalidité cesseront d'occasionner cette diminution?

   _____

Partie 3 – 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.

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

Partie 4 – Autorisation

Je conviens d'aviser immédiatement ivari de tout changement apporté aux renseignements fournis au titre de la police mentionnée sur la demande de règlement.

Si, en tant personne assurée, je n'ai pas rempli le présent formulaire, j'autorise toute personne qui l'a rempli à divulguer à ivari tout renseignement exigé par cette dernière concernant le revenu indiqué ci-dessus. Je certifie que toutes les déclarations et réponses indiquées ci-dessus ainsi que celles relatives au revenu indiqué ci-dessus ou dans toute déclaration d'impôt ou état en annexe, sont véridiques, complètes et exactement inscrites.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Signature de la personne qui a préparé la déclaration _____ Nom _____

Adresse _____

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