

# Invalidité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration de la banque



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



### Police 51007

**À l'attention du banquier - Ce formulaire doit être rempli par le représentant de la succursale**

#### Marche à suivre :

Si l'invalidité/Protection des paiements sur l'hypothèque - Aperçu du prêt est « Aucun/Non » et que l'état de la couverture pour l'assurance-invalidité sur l'assurance-crédit est soit « Renoncé », « Devis » ou « Inéligible », Conseillez le client qu'il n'y a pas de couverture d'invalidité en vigueur et ne pas fournir de dossier de réclamation.

- Joignez une copie de toutes les applications d'assurance relatives à cette réclamation.**  
Si l'adhésion à l'assurance provient du centre de contact client, il n'y aura pas de copie de la demande originale signée. Pour déterminer si une inscription s'est produite via le Centre de contact client, vous pouvez consulter Optimizer pour les demandes de service fermées. Veuillez indiquer dans la zone de texte ci-dessous si tel est le cas et inclure le numéro de demande de service provenant de l'Optimizer.

**Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est jointe, veuillez expliquer pourquoi :**

- Joignez des écrans d'impression de la demande : Aperçu du prêt sur l'assurance-crédit (uniquement que si l'état de la couverture des maladies graves du client assuré est « Actif »).**  
Appuyez sur "Touch Windows + shift + s". Votre écran apparaîtra grisé et le curseur de votre souris changera. Cliquez et faites glisser sur votre écran pour sélectionner les écrans de demande demandée. Une capture d'écran de la zone d'écran que vous avez sélectionnée sera copiée dans votre presse-papiers. Ouvrez un nouveau document Word et collez. Si les formulaires de réclamation remplis sont envoyés par courrier électronique, **enregistrez-les** afin que la pièce jointe puisse être jointe. Si les formulaires de réclamation dûment remplis sont envoyés par télécopieur, veuillez les **imprimer**.

#### Comment envoyer ce formulaire, imprimer les écrans et les applications originales :

- Veuillez fournir ce formulaire dûment rempli, **les copies d'écran** requises et les copies de **toutes les demandes originales** à votre client avec le dossier de réclamation.
- Si votre client le demande, vous pouvez envoyer ce formulaire, **imprimer les écrans et les demandes originales directement** à la Première du Canada par courriel à [creditor.claims@canadianpremier.ca](mailto:creditor.claims@canadianpremier.ca) ou par télécopier les documents au 1-866-748-8486. Si vous télécopiez ou envoyez le formulaire par courriel, vous pouvez conserver la copie originale pour vos dossiers.

#### Renseignements sur le client

Nom de famille et prénoms

#### Renseignements sur le prêt hypothécaire

- Joignez une copie d'écran de la section Interrogation : Aperçu du prêt**

Numéro du prêt hypothécaire

Date d'effet de l'assurance (jj-mm-aaaa) (uniquement si l'état de la couverture d'assurance contre la perte d'emploi du Client est « actif » sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit - Interrogation)

Numéro de compte pour les prélèvements hypothécaires

Numéro d'institution :

Numéro de succursale :

Numéro de compte :

**\*\*Voir verso de la page\*\***

**Renseignements sur la banque (représentant de la succursale)**

Nom de famille et prenom	Numéro de la succursale bancaire	Date (jj-mm-aaaa)
Adresse de la succursale bancaire (numéro et rue)		Numéro de téléphone

- Une copie de toutes les **demandes d'adhésion à l'assurance** est jointe
- Toutes **les copies d'écran** requises sont jointes
- L'état de la couverture d'assurance-invalidité est « Actif » sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit**

Veuillez vous assurer que la demande et tous les écrans d'impression sont inclus dans la soumission de la demande. Notez que si ces informations sont incomplètes ou manquantes, **Premier du Canada ne sera pas en mesure de traiter la demande et des délais supplémentaires se produiront.**

Je suis un représentant autorisé de la Banque de Montréal et je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont vraies et exactes.

**Je certifie également que les documents ci-dessus sont joints (le cas échéant).**

Signature du représentant <b>X</b>	Titre	Date (jj-mm-aaaa)
---------------------------------------	-------	-------------------

# Invalité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration du Demandeur



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



### Police 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalité.

Quatre (4) formulaires sont requis pour commencer le processus de règlement :

- La Déclaration du demandeur. C'est vous qui devez remplir ce formulaire. Assurez-vous de le signer et de le dater
- La Déclaration du médecin traitant. Remettez ce formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse
- La Déclaration de l'employeur. Demandez à votre employeur de remplir ce formulaire
- La Déclaration de la banque.

Le représentant de votre succursale La Première du Canada :

- Remplir la Déclaration de la banque;
- Fournir des copies d'écran décrivant votre couverture d'assurance-crédit; et
- Fournir une copie de votre ou de vos **demandes d'adhésion à l'assurance**

La Première du Canada est l'assureur et s'engage à garder vos informations confidentielles.

#### Renseignements sur le demandeur

Nom de famille et prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Numéro du transit du succursale \_\_\_\_\_ Numéro de l'hypothèque \_\_\_\_\_ Versement hypothécaire en cours \$ \_\_\_\_\_

Fréquence de paiement  
 Mensuel  Hebdomadaire  Deux fois par mois  Tout les deux semaines

Veillez joindre une copie de votre **demande d'assurance**. Celui-ci vous a été fourni par l'agence bancaire lors de votre souscription à l'assurance.

Adresse courriel \_\_\_\_\_ Je préfère communiquer avec la Première du Canada par adresse courriel  Oui  Non

#### Autres contrats d'assurances avec la Première du Canada

Je n'ai pas d'autres polices d'assurance avec Canadian Premier (passez à la section suivante)

Numéro de contrat \_\_\_\_\_ Numéro de participant \_\_\_\_\_ Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Personne de ressource \_\_\_\_\_ Courriel de la personne de ressource \_\_\_\_\_ Téléphone de la personne de ressource \_\_\_\_\_

Veillez joindre une copie de votre demande d'adhésion à l'assurance. Ce document vous a été fourni par votre succursale bancaire lorsque vous avez présenté votre demande d'assurance.

Si vous souhaitez que la Première du Canada vous envoie des courriels sécurisés, veuillez nous fournir votre adresse courriel ci-dessous

#### À propos de votre maladie ou de votre blessure

Veillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et expliquer comment elle est survenue

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date d'apparition des premiers symptômes? (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

**\*\*Voir verso de la page \*\***

Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou blessure ou d'une maladie ou blessure analogue

Oui  Non Si oui, veuillez fournir des précisions et les dates :

Votre affection est-elle liée à une grossesse?

Oui  Non Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement? (jj-mm-aaaa)

Veuillez décrire les complications, le cas échéant

Depuis quand cette maladie ou blessure vous empêche-t-elle de travailler? (jj-mm-aaaa)

Veuillez indiquer les tâches de votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer

Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à cette maladie ou à cette blessure.

Médecin	Adresse	Date de consultation (jj-mm-aaaa)

**Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examens. Si vous avez passé des tests génétiques, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils ne sont pas nécessaires dans l'évaluation de l'invalidité.**

Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi? (jj-mm-aaaa)

Temps plein  Temps partiel

Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?

Oui  Non Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

Votre retour au travail a duré combien de temps?

Du (jj-mm-aaaa) : Au (jj-mm-aaaa) :

Vous êtes retourné au travail

Dans votre propre emploi  Dans un nouvel emploi ou dans des tâches modifiées

Vous êtes retourné au travail

À temps plein  À temps partiel

Vous devez aviser la Première du Canada si :

- Votre état de santé s'améliore et vous êtes capable de travailler à temps partiel ou à temps plein;
- Vous recommencez à travailler à titre de salarié ou comme travailleur autonome.

### Invalidité attribuable à un accident

Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?

Oui  Non Si oui, indiquer la date, l'heure et le lieu de l'accident? Si non, allez à la section suivante.

Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu
-------------------	-------	------

L'accident est-il survenu pendant que vous exerchiez vos fonctions pour l'employeur?

Oui  Non Veuillez décrire comment votre maladie ou votre blessure est survenue.

Votre maladie ou votre blessure résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé?

Oui  Non Si oui, veuillez joindre une copie du rapport d'accident à la présente déclaration.

Nom de l'expert en sinistres

Assureur automobile

Numéro de contrat

Numéro de téléphone

Si votre invalidité est attribuable à un accident, avez-vous engagé des poursuites contre une personne physique ou une organisation?

Oui  Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'avocat

Numéro de téléphone

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Date à laquelle la poursuite a été engagée (jj-mm-aaaa)

Si non, veuillez expliquer pourquoi vous ne l'avez pas fait

### Autorisation de communiquer

Vous pouvez autoriser une autre personne à communiquer avec la Première du Canada en votre nom au sujet de la présente demande de règlement. Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille et prénoms

Lien avec le demandeur

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Numéro de téléphone (domicile)

### Votre autorisation

Veuillez remplir et signer :

- **La Déclaration du demandeur (le présent formulaire)**

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

**Toute référence à la Première du Canada ou à la Banque de Montréal inclut leurs propres mandataires et fournisseurs de services.**

J'autorise la Première du Canada, la Banque de Montréal et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande d'invalidité pour le prêt hypothécaire assuré;
- Les renseignements nécessaires pour la tarification, la gestion administrative et l'évaluation des demandes de règlement avec les organisations concernées. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et, au besoin, la Banque de Montréal;

J'autorise la Première du Canada, et la Banque de Montréal à recueillir, à utiliser et à communiquer :

- L'information financière de ma demande de règlement pour administrer la réclamation;
- Les renseignements pertinents des demandes de règlement - y compris les détails sur mon diagnostic et mon traitement lorsque ceux-ci font affaire avec les réassureurs seulement.

### Conditions du consentement

- Mon consentement est valide pour la durée de la demande de règlement.
- Si la Banque de Montréal est soumise à un audit, ma demande de règlement peut être incluse dans l'audit.
- Mon consentement est valide pour la durée du régime.

**\*\*Voir verso de la page \*\***

## Paiement en trop

Si la Première du Canada me verse de l'argent en trop :

- Récupérer l'argent de tout montant qui m'est dû en vertu de mes prestations de créancier.

## Prévention de fraude et abus

Si la Première du Canada suspecte un cas de fraude ou d'abus, elle peut enquêter sur ma demande de règlement. Pour détecter et prévenir la fraude et l'abus et faire des enquêtes, la Première du Canada peut recueillir, utiliser et échanger des renseignements sur ma demande de règlement avec les organisations concernées. Ces organisations incluent la Banque de Montréal, les organismes de réglementation, les agences gouvernementales et les autres assureurs.

Une photocopie ou la version électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

Nom de famille et prénoms du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date (jj-mm-aaaa)

X

### Comment soumettre vos formulaires dûment remplis

Vous avez plusieurs façons de nous soumettre vos formulaires de réclamation dûment remplis, ainsi que toute autre information à l'appui de votre réclamation. Pour toutes les options, à l'exception du courrier, vous pouvez conserver les copies originales pour vos dossiers.



Vous pouvez envoyer vos formulaires de réclamation d'invalidité directement à la Première du Canada par courriel [creditor.claims@canadianpremier.ca](mailto:creditor.claims@canadianpremier.ca). Veuillez noter que même si Première du Canada utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité du contenu des courriels qu'elle envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peuvent être garanties.



Vous pouvez faxer vos formulaires de réclamation remplis au numéro qui apparaît ci-dessous. Si vous n'êtes pas en mesure de faxer ces informations, vous pouvez les poster à l'adresse appropriée.

Télécopieur : 1-866-748-8486

Canadian Premier Life Insurance Company  
25 Sheppard Ave. West, Suite 1400  
Toronto, ON M2N 6S6



Pour toute question concernant votre réclamation, veuillez appeler la Première du Canada.

Téléphone : 1-877-271-8713

### Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC/MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.canadianpremier.ca/fr/vie-privee/>.

En fournissant ce formulaire ou toute autre forme, la Compagnie n'admet pas qu'une couverture est en vigueur et ne renonce à aucun de ses droits ou moyen de défense.

# Invalité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration de L'employeur



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



### Police 51007

La Première du Canada s'engage à conserver les informations personnelles des demandeurs Confidentielles.

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalité. À remplir par le demandeur s'il est travailleur autonome.

#### Renseignements sur le salarié

Nom de famille et prénoms

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Premier jour de service du salarié  
(jj-mm-aaaa)

Dernier jour de travail prévu  
(jj-mm-aaaa)

Dernier jour travaillé  
(jj-mm-aaaa)

#### Précisions sur l'emploi

Raison de l'arrêt de travail?

Vacances  Mise à pied  Absence autorisée  Invalité  Autre (précisez) :

Date prévue de retour au travail  
(jj-mm-aaaa)

Date du retour au travail  
(jj-mm-aaaa)

Nombre d'heures travaillées par semaine

Le retour de travail de l'employé est (cochez une case)

Plein temps avec restriction  Plein temps aucune restriction  Temps partiel avec restriction  Temps partiel aucune restriction

Si le retour du travail est avec restrictions, veuillez énumérer toutes les restrictions et toutes les tâches l'employé n'est pas en mesure d'accomplir

Ces restrictions empêchent-elles à l'employé d'exercer son métier?

Oui  Non

Si l'invalité résulte d'un accident, avez-vous présenté le rapport de l'accident à la CSPAAT ou à la CSST?

Oui  Non

Quelles étaient les fonctions du salarié lorsqu'il a cessé de travailler?

S'agit-il d'un employé

À temps plein  À temps partiel  Saisonnier Nombre d'heures travaillées par semaine :

Depuis combien de temps le salarié occupait-il ce poste? La Première du Canada a besoin d'une copie de la description du poste du salarié. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles que le salarié accomplit.

Indiquez les dates des congés de maladie ou des périodes de mise à pied du salarié comprises dans les douze mois précédant le début de l'invalité et donnez des précisions à ce sujet

\*\*Voir verso de la page\*\*

Si les fonctions du salarié ont changé dans les douze mois qui ont précédé son arrêt de travail, décrivez les fonctions exercées antérieurement et précisez la raison et la date du changement

### Attestation et signature

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques compte tenu des dossiers de l'entreprise.

Nom du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre	
Nom de l'employeur	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse (rue, city, province, postal code)		
Signature du signataire autorisé <b>X</b>		Date (jj-mm-aaaa)



# Invalité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration du médecin traitant

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



### Police 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

#### Instructions :

- Veuillez ne pas inclure les résultats des tests génétiques effectués par votre patient.
- Veuillez retourner ce formulaire à votre patient une fois qu'il est rempli.
- Les frais exigés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.
- Le but de ce rapport est de nous aider à déterminer la décision de l'invalidité. En remplissant ce rapport, veuillez inclure suffisamment de détails sur votre passé, les résultats physiques et diagnostiques, l'évolution clinique, la thérapie et la réponse pour nous permettre de prendre cette décision.

#### Renseignements sur le patient

Nom de famille et prénoms	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone

#### Renseignements médicaux

##### Histoire

Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité (jj-mm-aaaa)
--	---

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue?

Oui  Non Si oui, indiquez quand et décrivez.

S'il en est atteint depuis longtemps, son état s'est-il

Amélioré  Maintenu  Légèrement aggravé  Considérablement aggravé

L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle?

Oui  Non  Ne sais pas

L'affection est-elle reliée directement ou indirectement à la grossesse?

Oui  Non Dans l'affirmative, indiquez la date de confinement (jj-mm-aaaa) :

Le patient reçoit-il un traitement pour abus de drogues ou d'alcool ou a-t-il besoin d'un tel traitement?

Oui  Non

L'affection est-elle attribuable à une blessure que l'assuré s'est infligée ou à une tentative de suicide?

Oui  Non

#### Diagnostic (y compris toute complication)

Diagnostic principal

Diagnostic secondaire

Symptômes subjectifs

Résultats d'exams (ex. : radiographies, ECG, exams de laboratoire et observations cliniques)

\*\*Voir verso de la page\*\*

## Traitement

Date de la première visite (jj-mm-aaaa)

Date de la dernière visite (jj-mm-aaaa)

Fréquence des visites

Hebdomadaires  Mensuelles  Autre (précisez) :

Nature du traitement (y compris toute intervention chirurgicale et prescription de médicaments)

## Progrès

Le patient est

Rétablissement complet  Pas de changement  Amélioration  Aggravation

Est-il

Sur pied  Alité  Confiné à la maison

Le patient a-t-il été hospitalisé?

Oui  Non Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital :

Date de début du confinement (jj-mm-aaaa)

Date de fin de confinement (jj-mm-aaaa)

## État cardiaque (s'il y a lieu)

Capacité fonctionnelle (American Heart Association)

- Catégorie 1 (aucune restriction)  
 Catégorie 2 (légère restriction)  
 Catégorie 3 (restriction marquée)  
 Catégorie 4 (restriction complète)

Tension artérielle (dernière visite)

Pression systolique / Pression diastolique

Le patient a-t-il été hospitalisé?

Oui  Non Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital :

Date de début du confinement (jj-mm-aaaa)

Date de fin de confinement (jj-mm-aaaa)

## Incapacité physique

- Catégorie 1 - Aucune restriction; apte à toute activité physique (de 0 à 10 %)  
 Catégorie 2 - Légère restriction; travail manuel léger (de 15 à 30 %)  
 Catégorie 3 - Restriction modérée; travail de bureau ou administratif (sédentaire) (de 35 à 55 %)  
 Catégorie 4 - Restriction marquée (de 60 à 70 %)  
 Catégorie 5 - Restriction très marquée; aucune forme de travail (même sédentaire) (de 75 à 100 %)

Expliquez en quoi l'incapacité physique du patient l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

## Incapacité mentale ou nerveuse (le cas échéant)

Veuillez utiliser la terminologie de la 4e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), en donnant une évaluation multiaxiale et une évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Axe 1 (primaire)

Axe 2

Axe 3

Axe 4

Axe 5-EGF note actuelle :

Note la plus faible de l'année écoulée :

En ce qui touche l'EGF, indiquez à partir de quel niveau le patient serait apte à retourner au travail à plein temps

Expliquez en quoi les restrictions sur le plan psychologique auxquelles le patient est assujéti empêchent celui-ci d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire

A votre avis, le patient a-t-il les capacités nécessaires pour endosser des chèques et en utilisant les montants?

Oui  Non

### Pronostic

Le patient est-il maintenant totalement incapable d'exercer?

Son emploi :  Oui  Non Un autre travail :  Oui  Non

Si non, depuis quand le patient est-il en mesure d'exercer?

Travail du patient (jj-mm-aaaa) : Un autre travail (jj-mm-aaaa) :

Si oui, quand le patient sera-t-il suffisamment rétabli pour pouvoir exercer?

Travail du patient (jj-mm-aaaa) :  Indéfini  Jamais

Un autre travail (jj-mm-aaaa) :  Indéfini  Jamais

Pour accélérer l'examen de la demande de prestations d'invalidité présentée par le patient à la Première du Canada, indiquez les dates des consultations au cours des trois dernières années auprès de vous ou de tout médecin pour l'affection considérée ici ou toute autre affection

Dates (mm-aaaa)	Antécédents (examens physiques)	Diagnostic	Traitement

Veillez nous fournir des copies des résultats de tests, des dossiers d'hospitalisation, des notes de consultation et des rapports de spécialistes.

Veillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin ayant traité ce patient au cours des trois dernières années.

Nom	Spécialité	Adresse	Numéro de téléphone, télécopieur

### Signature du médecin traitant

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

Nom de famille et prénoms (en caractères d'imprimerie)	Diplôme
Adresse (numéro de rue)	Numéro de téléphone
Ville, province, code postal	Numéro de télécopieur
Signature du médecin <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)