

**Assurance-invalidité pour prêts, marges de crédit,
MargExpress REER et prêts à tempérament semi-renouvelables
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 1-877-211-2466 • creditor.claims@canadianpremier.ca



Police 21559

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

Marche à suivre :

- ☐ Joignez une copie de toutes les applications d'assurance relatives à cette réclamation.

Comment imprimer les écrans :

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 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 la marge-crédit renouvelable

Si l'indicateur Invalidité/Protection des versements sous Aperçu du prêt est « Non », informez le Client qu'il n'y a pas d'assurance-invalidité en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- ☐ Joignez une copie des écrans d'interrogation suivants dans Connexion clientèle :
- « Interrogation – Solde annuel à ce jour »;
 - « Interrogation – Coup d'œil sur l'assurance-crédit »;
 - « Interrogation – Aperçu du prêt ».
- ☐ Joignez les trois derniers relevés mensuels provenant de Récupération d'image Web (RI Web).

Numéro de la marge-crédit
91052

Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) - à l'écran Interrogation -
Coup d'œil sur l'assurance-crédit

Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), veuillez expliquer pourquoi. 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.

Marge de crédit renouvelable pour petites entreprises

Si l'indicateur Invalidité/Protection des versements sous Aperçu du prêt est « Non », informez le Client qu'il n'y a pas d'assurance-invalidité en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- ☐ Joignez une copie des écrans d'interrogation suivants dans Connexion clientèle :
- « Explorateur Service – Mise à jour-Assurance »;
 - « Interrogation – Aperçu du prêt ».

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

☐ **Joignez les trois derniers relevés mensuels** provenant de Récupération d'image Web (RI Web).

Numéro de la marge-crédit 91052	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa)
Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), veuillez expliquer pourquoi. 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.	

Marge-crédit à tempérament

Si l'indicateur Invalidité/Protection des versements sous Aperçu du prêt est « Non », informez le Client qu'il n'y a pas d'assurance-invalidité en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- ☐ **Joignez une copie des écrans** d'interrogation suivants dans Connexion clientèle :
- « Interrogation – Aperçu du prêt »
 - Dans cet écran :
 - Si l'indicateur est à « Oui » pour Protection des versements, joignez une copie de l'écran Interrogation – Coup d'œil sur l'assurance-crédit.
 - Si l'indicateur d'assurance est à « Oui » pour Invalidité, joignez une copie de l'écran Explorateur Service – Mise à jour-Assurance – Onglet Assurance Invalidité.
- ☐ **Joignez également une copie d'écran de :**
- « Explorateur Service – Paiements – Historique des paiements/Montant exigible en cours ».

Numéro de la marge-crédit 91052	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) - à l'écran Interrogation - Coup d'œil sur l'assurance-crédit
Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), veuillez expliquer pourquoi. 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.	

Prêts à tempérament pour petites entreprises, prêts à tempérament semi-renouvelables, MargExpress REER

Si l'indicateur Invalidité/Protection des versements sous Aperçu du prêt est « Non », informez le Client qu'il n'y a pas d'assurance-invalidité en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- ☐ **Joignez une copie des écrans** d'interrogation suivants dans Connexion clientèle :
- « Interrogation – Aperçu du prêt »
 - « Explorateur Service – Mise à jour-Assurance – Onglet Assurance Invalidité »
- ☐ **Joignez également une copie d'écran de :**
- « Explorateur Service – Paiements – Historique des paiements/Montant exigible en cours ».

Numéro de la marge-crédit 91052	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) - à l'écran Interrogation - Coup d'œil sur l'assurance-crédit
Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), veuillez expliquer pourquoi. 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.	

Prêts MEC (CPP / PVD)

- ☐ **Joignez une copie des écrans** d'interrogation suivants dans Connexion clientèle :
- Données sur le prêt
 - Interrogation - Modalités générales de compte
 - Demandes de renseignements – Renseignements de dépistage (pour la date du début de l'invalidité du Client)

Numéro du prêt	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) - à l'écran Interrogation - Coup d'œil sur l'assurance-crédit
Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), veuillez expliquer pourquoi. 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.	

Renseignements sur la banque

Nom de famille et prénom	Numéro de la succursale bancaire	Date (jj-mm-aaaa)
Adresse (rue, ville, province, code postal)		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.**

Veillez 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	Titre	Date (jj-mm-aaaa)
X		

**Assurance-invalidité pour prêts, marges de crédit,
MargExpress REER et prêts à tempérament semi-renouvelables
Assurance-Crédit - Déclaration de 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 21559

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

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 de compte		
Type de prêt		
<input type="checkbox"/> Prêt <input type="checkbox"/> Marge de crédit <input type="checkbox"/> MargExpress REER <input type="checkbox"/> Prêts à tempérament semi-renouvelables semaines		

Veuillez 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------	--

Autres contrats d'assurances avec la Première du Canada

<input type="checkbox"/> 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	

Veuillez 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

Veuillez 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 exercez 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 de règlement invalidité pour prêts ou marges de crédit
- 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 ****

Païement 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

X

Date (jj-mm-aaaa)

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. 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/>.

**Assurance-invalidité pour prêts, marges de crédit,
MargExpress REER et prêts à tempérament semi-renouvelables
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 21559

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'invalidité. 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 ☐ Invalidité ☐ 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'invalidité 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'invalidité et donnez des précisions à ce sujet

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

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

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 X		Date (jj-mm-aaaa)

**Assurance-invalidité pour prêts, marges de crédit,
MargExpress REER et prêts à tempérament semi-renouvelables
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 21559

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 des détails suffisants du 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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, examens 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

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

Veuillez 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 X	Date (jj-mm-aaaa)