

Demande de règlement au titre de l'assurance invalidité pour marge de crédit/prêt – Assurance-crédit – Contrat n° 21559

Représentant de BMO Banque de Montréal :

Prénom	Nom de famille
Signature X	
Numéro de téléphone — —	Numéro de télécopieur — —
Date (jj-mm-aaaa) — —	

Timbre de la succursale domiciliaire

Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement invalidité?

Liste de contrôle :

- Déclaration du créancier dûment remplie et signée
- Copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance-crédit se rapportant à la présente demande de règlement
- Déclaration du demandeur dûment remplie et signée
- Déclaration de l'employeur dûment remplie
- Déclaration du médecin traitant dûment remplie et signée*

* Votre médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant en fournissant le plus de renseignements possible. La Déclaration du médecin traitant doit vous être immédiatement remise pour que vous la joigniez à votre demande de règlement.

Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont dûment remplis et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer votre demande de règlement. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne pourra donner suite à votre demande que lorsqu'elle aura reçu tous les documents ci-dessus.

Veuillez envoyer votre demande à : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assurance-crédits – Demandes de règlement invalidité
C. P. 100, succ. C
Kitchener ON N2G 3W9

À noter :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.
- Aucune prestation n'est payable durant le délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin ou un spécialiste qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.
- Si votre état de santé s'améliore ou s'aggrave, vous devez en informer immédiatement la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des formulaires de demande de règlement.
- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si elle a besoin de renseignements supplémentaires pour terminer l'étude de votre demande.
- Tant que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne vous a pas informé par écrit de sa décision, vous devez continuer d'effectuer en entier les paiements sur votre marge de crédit ou votre prêt.
- Pour tout renseignement concernant votre demande de règlement, vous pouvez appeler la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au 1-877-271-8713.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur et est membre du groupe Financière Sun Life.

Demande de règlement au titre de l'assurance invalidité pour marge de crédit/prêt – Assurance-crédit – Contrat n° 21559

Déclaration du créancier BMO

Instructions – la présente déclaration doit être remplie par le créancier BMO

- Lorsque la Déclaration du créancier est dûment remplie, remettez au client l'ensemble du dossier de règlement.
- Remettez au client une copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance pour marge de crédit ou prêt se rapportant à la présente demande de règlement.
- Dans le cas des marges de crédit, veuillez aussi joindre une capture d'écran des soldes moyens des 12 derniers mois précédant la date du début de l'invalidité. Veuillez vous reporter à l'écran «*Interrogations – Solde annuel à ce jour*» et en fournir une capture d'écran. Important : Veuillez indiquer la date à laquelle la capture d'écran a été prise.
- Demandez au client d'envoyer tous les documents du dossier de demande de règlement dûment remplis directement à la Sun Life.
- Si la situation relative à la couverture indiquée à l'écran «*Coup d'œil sur l'assurance crédit*» affiche «**Non déterminé**» ou «**Refusé**», veuillez informer le client qu'il n'y a aucune assurance invalidité en vigueur et ne lui remettez pas de dossier de règlement.

1 Renseignements sur l'assuré			
Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	Date du début de l'invalidité (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	Numéro de téléphone _ _ - - - -	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou unité
Ville	Province	Code postal	

2 Marge de crédit renouvelable – Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.	
Numéro de la marge de crédit 91052 _ _ _ _ _	
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée \$ _ _ - -	Date d'échéance du paiement (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Interrogations – Coup d'œil sur l'assurance crédit</i> » pour remplir cette section.	
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	Montant couvert maximal \$ _ _ - - - -
Situation relative à l'assurance-invalidité actuelle <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Soumission	

3 Marge de crédit renouvelable pour petites entreprises	
Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.	
Numéro de la marge de crédit 91052 _ _ _ _ _	Date d'admission à l'assurance (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée \$ _ _ - -	Date d'échéance du paiement (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	Montant couvert maximal \$ _ _ - - - -

4 Marge de crédit à tempérament – Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.	
Numéro de la marge de crédit 91052 _ _ _ _ _	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Date d'échéance du paiement (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	

4 Marge de crédit à tempérament (suite)

Veillez vous reporter aux écrans «Explorateur de service – Options – Renouvellements et taux d'intérêt» pour remplir cette section.

Montant initial du prêt/limite initiale \$	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) – –
---	--------------------------------------

Si l'assurance a été souscrite avant le 1^{er} février 2015 (assurance-cédit facultative avec préservation des droits acquis)
Veillez vous reporter à l'écran «Explorateur de service – Paiements – Mise à jour-Paiements – Détails du paiement» pour remplir cette section.

Montant fixe des versements (les versements comprennent les primes) \$	Périodicité des versements <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Bimensuels
---	---

Veillez vous reporter aux écrans «Interrogations – Relevés-mensuels» pour remplir cette section.

Primes mensuelles en vigueur à la date du début de l'invalidité Invalidité ou Invalidité Plus \$ Vie \$
--

Si l'assurance a été souscrite après le 1^{er} février 2015 (programmes d'assurance BMO)
Veillez vous reporter à l'écran «Interrogations – Coup d'œil sur l'assurance crédit» pour remplir cette section.

Options de couverture – pourcentage Invalidité %	Pourcentage des versements couverts en cas d'invalidité %
Périodicité des versements <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Bimensuels	Versement plus prime d'assurance après approbation \$
Situation relative à l'assurance-invalidité actuelle <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Cessation <input type="checkbox"/> Annulée <input type="checkbox"/> Soumission	

5 Prêts – Prêts à tempérament pour petites entreprises, prêts à tempérament semi-renouvelables, MargExpress REER et prêts MEC

Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro du prêt	Prêt <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Refinancé – S'il s'agit d'un refinancement, le prêt a-t-il déjà été assuré? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veillez vous reporter à l'écran «Données du prêt» pour remplir cette section.		
Date d'amortissement (jj-mm-aaaa) – –	Montant initial/limite initiale \$	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) – –
Date d'échéance du versement (jj-mm-aaaa) – –	Montant des versements \$	
Périodicité des versements <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Bimensuels		

6 Coemprunteur assuré

Nom de famille	Prénom	Nom de famille	Prénom
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

7 Renseignements sur le créancier

Prénom	Nom de famille		
Titre	Numéro de succursale	Numéro de téléphone – –	

Je suis un représentant autorisé de la Banque de Montréal et j'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts.

Signature du créancier BMO X	Date (jj-mm-aaaa) – –
---------------------------------	--------------------------

Demande de règlement au titre de l'assurance invalidité pour marge de crédit/prêt – Assurance-crédit – Contrat n° 21559

Déclaration du demandeur

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

Instructions

- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Vous devez remplir toutes les sections de la Déclaration du demandeur.
- Veuillez indiquer le numéro de votre marge de crédit ou de votre prêt ci-dessous.
- Veuillez signer et dater l'autorisation du demandeur.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.

1 Renseignements sur le demandeur

Prénom		Nom de famille			
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone _ _	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile	N° de la marge de crédit ou du prêt
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou unité
Ville			Province		Code postal

2 Précisions sur l'invalidité

1. a) À votre connaissance, quelle est la nature de votre maladie?

b) Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, diète, conseils, physiothérapie, etc.)?

c) Expliquez en quoi votre état de santé vous empêche de travailler ou d'exercer les tâches inhérentes à votre profession.

d) À quelle date avez-vous constaté les premiers symptômes reliés à votre maladie ou à votre blessure?

Date (jj-mm-aaaa)
_ _

e) À quelle date avez-vous consulté pour la première fois un médecin pour votre maladie ou votre blessure actuelle?

Date (jj-mm-aaaa)
_ _

2. a) Si c'est un accident qui a causé votre invalidité, où est-il survenu?

- À la maison Au travail Ailleurs (précisez) _____

Date de l'accident

Date (jj-mm-aaaa)
_ _

b) Comment l'accident est-il survenu?

S'il s'agit d'un accident de la route, étiez-vous au volant? Oui Non

Dans l'affirmative, joignez, si possible, une copie du rapport de police.

3. Depuis quand êtes-vous incapable, totalement et de façon continue, d'exercer votre profession habituelle?

Date (jj-mm-aaaa)
_ _

2 Précisions sur l'invalidité (suite)

4. a) Êtes-vous actuellement : retenu à la maison? alité? hospitalisé? capable de vous déplacer?

b) Décrivez vos activités quotidiennes.

c) Avez-vous exercé quelque emploi rétribué que ce soit depuis le début de votre invalidité? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

d) Quand comptez-vous pouvoir retourner effectivement au travail à temps plein ou à temps partiel?

Date (jj-mm-aaaa)
— —

5. a) Nom et adresse de tous les médecins qui vous ont soigné pour votre maladie ou votre blessure actuelle.

b) Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins qui vous ont soigné au cours des trois dernières années, ainsi que les précisions demandées.

Nature de la maladie ou de la blessure	Dates des visites et des soins (jj-mm-aaaa)	Traitement prescrit (médicaments, diète, etc.)	Nom et adresse des médecins
	— —		
	— —		
	— —		

6. Avez-vous été hospitalisé pour cette invalidité? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les interventions chirurgicales que vous avez subies.

Type d'intervention chirurgicale	Date de l'intervention (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital	Nom du chirurgien
	— —		
	— —		

7. Veuillez inscrire les numéros de tous les autres contrats d'assurance collective et individuelle aux termes desquels vous êtes assuré auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

3 Autorisation du demandeur

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut enquêter sur la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services (i) à recueillir, à utiliser des renseignements à mon sujet (à l'exclusion des renseignements médicaux) et à les communiquer à la Banque de Montréal aux fins de la gestion administrative de ma demande de règlement, et (ii) à recueillir, à utiliser les renseignements à mon sujet (y compris des renseignements médicaux) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou à l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent contrat collectif et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents se rapportant à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. De plus, une telle personne ou organisation est également autorisée à divulguer mes renseignements personnels relatifs à la Sun Life du Canada, ses mandataires et ses fournisseurs de services. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du demandeur X	Date (jj-mm-aaaa) — —
-----------------------------	--------------------------

4 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle vos renseignements personnels ainsi que les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité, d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela nous aide aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Déclaration de l'employeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité. La présente déclaration doit être remplie par le demandeur s'il est travailleur autonome. Si le demandeur est un salarié, la présente déclaration doit être remplie par l'employeur et retournée au salarié.

1 Renseignements sur le salarié

Nom de l'employeur	Numéro de téléphone - -	Numéro de télécopieur - -
Prénom	Nom de famille	
Adresse du salarié (numéro et rue)		
Ville	Province	Code postal

2 Précisions sur l'emploi

1. S'agit-il d'un emploi à plein temps? à temps partiel? saisonnier? temporaire?

Nombre d'heures travaillées par semaine _____

S'il s'agit d'un emploi saisonnier, veuillez inscrire les dates indiquant la durée des services :

Du au

2. Raison de l'arrêt de travail? Vacances Mise à pied Absence autorisée Invalidité
 Autre (précisez) _____

Premier jour de service du salarié (jj-mm-aaaa) - -	Dernier jour de travail prévu du salarié (jj-mm-aaaa) - -	Dernier jour travaillé par le salarié (jj-mm-aaaa) - -
--	--	---

3. **OU**

4. S'agit-il d'une invalidité liée au travail? Oui Non
Dans l'affirmative, une demande de prestations a-t-elle été présentée à la CSPAAT ou à la CSST? Oui Non

5. Quelles étaient les fonctions du salarié à la date du début de l'invalidité ou à la date à laquelle il a cessé de travailler?

6. Depuis combien de temps le salarié occupait-il ce poste? Veuillez fournir une copie de la description du poste du salarié. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles que ce dernier accomplit.

7. Si le salarié a été atteint d'invalidité au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer les dates et la cause de l'invalidité.

2 Précisions sur l'emploi (suite)

8. Si les fonctions du salarié ont changé dans les 12 mois qui ont précédé son arrêt de travail, décrivez les fonctions exercées antérieurement et précisez la raison et la date du changement.

3 Attestation et signature

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

Nom du représentant de l'employeur autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre		
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	
Signature du représentant de l'employeur autorisé X		Date (jj-mm-aaaa) — —	

Déclaration du médecin traitant

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

Instructions

- Pour assurer le caractère confidentiel de votre déclaration, veuillez l'envoyer directement à l'adresse suivante :
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, Assurance-crédances – Demandes de règlement invalidité, C. P. 100, succ. C,
Kitchener ON N2G 3W9
- Les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à la charge du patient.
- L'objet de la déclaration est de nous aider à établir le degré d'invalidité de la personne. À cette fin, veuillez nous donner suffisamment de précisions sur l'histoire de la maladie, vos observations, votre diagnostic, l'évolution clinique, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

1 Renseignements sur le patient

Prénom		Nom de famille				
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone _ _	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile	Numéro de la marge de crédit seulement
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou unité	
Ville			Province		Code postal	

2 Renseignements médicaux

1. Histoire de la maladie ou de la blessure

- a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident : b) Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité :

c) Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue? Oui Non Dans l'affirmative, date et description.

Date (jj-mm-aaaa) _ _	Précisions
--------------------------	------------

d)) S'il en est atteint depuis longtemps, son état s'est-il :
 amélioré? maintenu? légèrement aggravé? considérablement aggravé?

e) L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle? Oui Non Ne sais pas

f) L'affection est-elle reliée directement ou indirectement à la grossesse? Oui Non
Dans l'affirmative, date de l'hospitalisation.

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

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

i) L'affection est-elle attribuable à une intervention chirurgicale ou à un traitement non essentiels qui sont effectués à des fins esthétiques ou à titre expérimental? Oui Non

2. Diagnostic (y compris toutes complications)

a)

Diagnostic principal	
Diagnostic secondaire	

2 Renseignements médicaux (suite)

b) Symptômes subjectifs

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

3. Date du traitement

a) Date de la première visite

Date (jj-mm-aaaa)

b) Date de la dernière visite

Date (jj-mm-aaaa)

c) Fréquence des visites : Hebdomadaires Mensuelles Autre (précisez) : _____

4. Nature du traitement (y compris toute intervention chirurgicale et prescription de médicaments ainsi que tout traitement)

5. Évolution de l'état du patient

a) État du patient Rétablissement complet Pas de changement Amélioration Aggravation

b) Est-il sur pied? alité? retenu à la maison? hospitalisé?

c) Si le patient a été hospitalisé, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital.

Nom de l'hôpital	Adresse de l'hôpital

Hospitalisé du

Date (jj-mm-aaaa)

au

Date (jj-mm-aaaa)

6. État cardiaque (s'il y a lieu)

a) Capacité fonctionnelle (*American Heart Association*)

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

b) Tension artérielle (dernière visite)

Systolique	Diastolique

7. 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 %)

Observations :

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

2 Renseignements médicaux (suite)

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

8. Incapacité mentale ou nerveuse (le cas échéant)

Veillez utiliser la terminologie de la 4^e 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. _____

Observations :

a) Expliquez en quoi les restrictions sur le plan psychologique auxquelles le patient est assujéti empêchent celui-ci d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.

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

9. Pronostic

a) Le patient est-il maintenant totalement incapable d'exercer :

sa profession

Oui Non

un autre travail

Oui Non

b) Dans la négative, depuis quand le patient est-il en mesure d'exercer :

Date (jj-mm-aaaa)

Date (jj-mm-aaaa)

c) Dans l'affirmative, quand le patient sera-t-il suffisamment rétabli pour pouvoir exercer :

Date (jj-mm-aaaa)

Date (jj-mm-aaaa)

Date indéterminée Jamais

Date indéterminée Jamais

d) Veuillez fournir les dates des consultations que le patient a effectuées au cours des trois dernières années auprès de vous ou de tout autre médecin pour l'affection dont il est question ici ou toute autre affection.

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

2 Renseignements médicaux (suite)

e) Pour accélérer l'examen de la demande de règlement invalidité qui nous a été présentée par le patient, veuillez nous fournir des copies de tous les résultats de tests, notes de consultation, rapports de spécialistes et dossiers d'hospitalisation.

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

Nom	Spécialité	Adresse	No de téléphone, no de télécopieur
			— —
			— —

3 Signature du médecin traitant

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

Prénom du médecin (en caractères d'imprimerie)		Nom de famille		Spécialité	
Adresse (numéro et rue)				Bureau ou unité	
Ville			Province		Code postal
Numéro de téléphone — —			Numéro de télécopieur — —		
Signature du médecin X				Date (jj-mm-aaaa) — —	