

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Télécopieur: 418 643-7323 ou 1 855 669-8830
prest.inv@lacapitale.com

Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)		1	2	3
4 NOM	PRÉNOM			
		5 NAS (facultatif) _____		
6 ADRESSE	N° RUE APP.	VILLE		CODE POSTAL
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	8 TÉLÉPHONE TRAVAIL/CELL.	9 SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10 DATE DE NAISSANCE	
		Année Mois Jour		

11 STATUT FISCAL célibataire <input type="checkbox"/> monoparental <input type="checkbox"/> marié ou conjoint de fait <input type="checkbox"/>	PERSONNES À CHARGE conjoint: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui enfants: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → nombre: _____
--	--

12 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début: _____
Si oui, précisez la nature des activités: _____

13 L'invalidité résulte-t-elle d'un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu.

POUR TOUTES LES INVALIDITÉS DE PLUS DE 90 JOURS, il est de votre responsabilité de nous fournir, tel que demandé sur le formulaire du médecin traitant, une copie complète de votre dossier médical depuis le début de votre arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les tests génétiques.

14 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Décision contestée ? oui non	
PROGRAMME Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME Retraite Québec (RRQ) ou Régime de pension du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

DÉPÔT DIRECT: Afin d'optimiser le traitement de votre dossier, si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité, La Capitale versera celles-ci directement sur votre compte bancaire. Pour ce faire, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ».

15 Déclaration

«Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.»

16 Autorisation

«J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.

J'autorise La Capitale à utiliser mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins d'émission de relevés fiscaux. J'autorise La Capitale à verser mes prestations directement sur le compte dont le numéro est indiqué sur le chèque ci-joint.»

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée

Année Mois Jour

Date

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

Par la personne assurée

- déclaration de la personne assurée
- section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par l'employeur

- déclaration de l'employeur

Par le médecin traitant

- déclaration du médecin traitant