

Déclaration de l'assuré

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT OU LA CARTE DE CRÉDIT**

N° de transit

N° de prêt ou carte

N° de prêt ou carte

Crédit aux entreprises

Prêt hypothécaire

Carte de crédit MasterCard

→ La demande concerne

Titulaire de la carte

Le conjoint assuré

→ La demande concerne

Titulaire de la carte

Le conjoint assuré

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

Nom à la naissance

Prénom

Sexe

H

F

**DÉCLARATION DE L'ASSURÉ**

1- Date de naissance

A	M	J

2- Adresse (n°, rue, ville et province)

\_\_\_\_\_ Code postal

3- N° de téléphone : ( )

4- a) Date de l'accident

A	M	J

b) Date de votre première  
consultation médicale

A	M	J

5- Décrire en détail les circonstances de l'accident (comment l'accident a eu lieu) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6- Nom et adresse de votre médecin traitant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7- Avez-vous été hospitalisé?  oui  non

Dans l'affirmative, nous mentionner le nom et l'adresse de l'hôpital :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date d'admission

A	M	J

Date de sortie

A	M	J

8- Indiquer le genre de chirurgie subie s'il y a lieu :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9- Quel est votre dernier niveau de scolarité complété \_\_\_\_\_

10- Préciser vos expériences de travail antérieures \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE L'ASSURÉ**

Je, soussigné, certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et véridiques .

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE

	A		M		J

**POURSUIVRE AU VERSO**

Prière de signer et de dater tout document que vous annexerez.

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

1- Nom de l'employé \_\_\_\_\_ 2(A) Occupation \_\_\_\_\_  
(Joindre une description de tâches)

2(B) Date d'embauche 

	A		M		J

3- Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville) (Province) (Code postal)

N° de téléphone ( ) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4- Dernier jour de travail de l'employé 

	A		M		J

5- Indiquer les heures de travail d'une semaine normale 

	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.
--	------	------	------	------	------	------	------

6- Date de retour au travail : Travail régulier 

	A		M		J

 Travaux légers 

	A		M		J

Temps plein 

	A		M		J

 Temps partiel 

	A		M		J

7- Raison de l'arrêt de travail (vacances, mise à pied, maladie, accident) \_\_\_\_\_

8- L'invalidité relève-t-elle d'une loi sur les accidents de travail? oui  non

Date 

	A		M		J

 Signature d'une personne autorisée \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

SIGNATURE AUTORISÉE \_\_\_\_\_ DATE 

	A		M		J