



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ - DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Nom de la requérante ou du requérant (prénom, second prénom, nom de famille)	Numéro de contrat	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro d'assurance sociale (NAS)
Adresse (rue, ville, province, code postal)		Adresse courriel	Numéro de téléphone

Nom de l'employeur	Emploi	Revenu mensuel (\$)
Adresse de l'employeur (rue, ville, province, code postal)		

<b>Répondez aux questions ci-dessous si vous avez arrêté(e) de travailler en raison d'une BLESSURE ACCIDENTELLE :</b>	Date de la blessure (jj/mm/aaaa)	<b>Répondez aux questions ci-dessous si vous avez arrêté(e) de travailler en raison d'une MALADIE :</b>	Date du commencement de la maladie (jj/mm/aaaa)
Indiquez comment et où la blessure s'est produite (donnez des détails complets)		Nature de la maladie	
Décrivez les blessures que vous avez subies		Décrivez vos symptômes et les limitations	

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé des produits à base de tabac?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type utilisé	Dernière date d'utilisation (jj/mm/aaaa)
--	--	--------------	--

Depuis quant êtes-vous totalement invalide et incapable de travailler? (jj/mm/aaaa)	Avez-vous subi une hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, fournissez le nom de l'hôpital	
Adresse	Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	

Êtes-vous actuellement totalement invalide et dans l'incapacité d'exercer les tâches de :				votre emploi habituel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	tout autre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. Expliquez, dans vos propres mots, ce qui vous empêche de travailler et ce que vous faites actuellement pour passer le temps.					
Si vous n'êtes pas totalement invalide, quel type de travail faites-vous actuellement et depuis quand avez-vous commencé à exercer ce travail?					
Quand prévoyez-vous être capable d'exercer les tâches de votre emploi habituel? (jj/mm/aaaa)			Quand prévoyez-vous être capable d'exercer les tâches de tout autre emploi? (jj/mm/aaaa)		

Quels médecins avez-vous consultés pendant votre invalidité actuelle et pour toute autre raison au cours des cinq dernières années?			
Nom	Adresse	Date	Maladie ou affection



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ - DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Cochez la case située à côté de chaque prestation à laquelle vous avez droit ou pourriez avoir droit provenant d'autres sources de revenu.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Régime de pension du Canada ou Régime de rentes du Québec | <input type="checkbox"/> Prêts assurés (d'une banque, etc.)     | <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance automobile                        |
| <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance collective                        | <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance hypothécaire   | <input type="checkbox"/> Autre revenu (précisez)                                   |
| <input type="checkbox"/> Prestations de retraite                                   | <input type="checkbox"/> Autres prestations d'assurance maladie | <input type="checkbox"/> Indemnité pour accident du travail<br>N° de dossier _____ |

Fournissez des précisions concernant toutes les prestations ci-dessus pour lesquelles vous avez coché la case appropriée.

Nom de la source	Montant de la prestation	Fréquence des versements	Début des versements (jj/mm/aaaa)

Je déclare que, à ma connaissance, les réponses aux questions ci-dessus sont exactes et complètes. J'autorise tout employeur, toute compagnie d'assurance, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, le Régime de pensions du Canada, tout régime de remboursement anticipé de frais médicaux, organisme de services, toute ou tout médecin, praticienne ou praticien ou toute autre personne; tout hôpital ou autre établissement à fournir à l'Équitable<sup>MD</sup> des renseignements médicaux ou des renseignements au sujet des versements de prestations qui pourraient être requis pour établir la validité de cette réclamation, ou d'en obtenir de celle-ci. De plus, j'autorise ces compagnies, personnes ou organismes à divulguer tout renseignement personnel ou renseignement sur une prestation effectuée antérieurement requis pour l'étude de mon dossier médical. Je serai responsable des frais encourus relatifs à l'obtention de tout renseignement supplémentaire nécessaire. Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur légale que le document original.

Date :

Signature :

**Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat. Cette période est énoncée dans la loi sur les assurances provinciale ou toute autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.**

Remarque : L'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.