

## Demande de règlement - Invalidité ou perte d'emploi

### Demande de règlement d'assurance invalidité

#### À quel moment une demande de règlement d'assurance invalidité doit-elle être effectuée?

- Si vous êtes assuré au titre : d'une Assurance invalidité ou assurance Protection-paiement — Prêt personnel CIBC; d'une Assurance invalidité Marge de crédit personnelle CIBC; d'une Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou d'une Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- Vous avez souffert d'une invalidité selon la définition énoncée dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez attendu la période d'attente obligatoire suivant la date de votre invalidité selon la définition énoncée dans votre certificat d'assurance, et vous n'êtes pas retourné au travail avant le prochain versement régulier après la période d'attente.

#### Quels sont les renseignements requis pour une demande de règlement d'assurance invalidité?

- Les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement doivent être remplies :  
Déclaration du centre bancaire, Déclaration du demandeur, Déclaration de l'employeur et Déclaration du médecin traitant.

Une fois toutes ces sections remplies, veuillez poster le ou les documents à :

Assurance CIBC, C.P. B.P. 3020, Mississauga STN A, Mississauga (Ontario) L5A 4M2 OU N° de télécopieur : 1 877 735-4900 ou 905 306-4900

Remarque : tout renseignement manquant peut retarder le traitement de votre demande de règlement.

### Demande de règlement d'assurance en cas de perte d'emploi

#### À quel moment une demande de règlement d'assurance en cas de perte d'emploi doit-elle être effectuée?

- Si vous êtes assuré au titre : d'une Assurance Protection-paiement CIBC - Prêt personnel CIBC ou d'une Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- Votre emploi cesse ou est suspendu selon la définition énoncée dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez attendu la période d'attente obligatoire suivant la date de votre perte d'emploi selon la définition énoncée dans votre certificat d'assurance, et vous n'êtes pas retourné au travail avant le prochain versement régulier après la période d'attente.

#### Quels sont les renseignements requis pour une demande de règlement d'assurance en cas de perte d'emploi?

- Votre relevé d'emploi déposé auprès des Ressources humaines et Développement des ressources Canada; et
- Votre preuve de paiement de prestations d'assurance-emploi ou indemnité de grève (lettre du syndicat); et
- Votre preuve de prestations de chômage ou un exemplaire de la lettre de Service Canada concernant l'indemnité de départ; et
- Les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement doivent être remplies : Déclaration du centre bancaire, Déclaration du demandeur et Déclaration de l'employeur.

Une fois toutes les sections remplies, veuillez envoyer le ou les documents par la poste ou par télécopieur à :

Assurance CIBC, C.P. B.P. 3020, Mississauga, STN A (Ontario) L5A 4M2 OU N° de télécopieur : 1 877 735-4900 ou 905 306-4900

Remarque : tout renseignement manquant peut retarder le traitement de votre demande de règlement.

### Que se passe-t-il après la soumission d'une demande de règlement?

- Vous êtes responsable des versements de votre prêt, de votre marge de crédit personnelle (MCP) et de votre prêt hypothécaire et de vos primes d'assurance jusqu'à ce que la demande de règlement soit approuvée; tout versement admissible après avoir satisfait à la période d'attente applicable sera remboursé;
- Vous serez informé si d'autres renseignements sont requis pour traiter votre demande de règlement;
- Une fois votre demande de règlement approuvée, l'assureur effectuera vos versements de prestations à la Banque CIBC aussi longtemps que vous continuerez à être admissible aux prestations. Un avis vous sera envoyé indiquant le ou les versements effectués en votre nom ainsi que la date jusqu'à laquelle les versements pourraient se poursuivre;
- Si votre demande de règlement est refusée, l'assureur vous en informera par écrit.

#### Avez-vous besoin de plus de renseignements?

- Veuillez consulter votre certificat d'assurance pour obtenir des renseignements sur les modalités, les restrictions, les exclusions et les autres dispositions de votre couverture;
- Veuillez appeler à la Ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020.
- Vous pouvez également communiquer avec Canada-Vie au 1 800 387-4495 ou consulter le site [www.canada-vie.com](http://www.canada-vie.com).

#### La protection de vos renseignements personnels s'avère une priorité — une note des assureurs

- L'Assurance-crédit Prêt personnel CIBC, la marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont souscrites par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »). Tous les régimes sont administrés par la Banque CIBC et les assureurs respectifs. L'Assurance-crédit Prêt personnel CIBC et l'Assurance-crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont assujettis à certaines modalités, conditions, limitations et exclusions qui sont énoncées dans les certificats d'assurance fournis au moment de l'adhésion.
- Lorsque vous avez demandé une couverture pour votre prêt personnel, votre marge de crédit personnelle ou votre prêt hypothécaire, vous avez fourni à l'assureur des renseignements personnels vous concernant, renseignements que l'assureur applicable a ajoutés à un dossier client. L'objectif de ce dossier, qui est strictement confidentiel, est de permettre à l'assureur applicable et à ses réassureurs de mener à bien tout ce qui a trait à l'assurance, y compris fixer des primes équitables, recevoir des versements, évaluer et payer les demandes de règlement et vous tenir au courant du statut de votre couverture. L'assureur applicable conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit autorisé par l'assureur.
- Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être situées à l'extérieur du Canada et vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Si vous désirez connaître ou corriger les renseignements personnels contenus dans votre dossier de demande de règlement, veuillez appeler à la ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020 et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

### DÉCLARATION DU CENTRE BANCAIRE

Veillez remplir la présente section **Déclaration du centre bancaire** au complet (en caractères d'imprimerie) et remettre ensuite le document au demandeur afin qu'il fasse remplir les sections **Déclaration du demandeur**, **Déclaration de l'employeur** et **Déclaration du médecin traitant**.  
Des questions? Veuillez appeler la Ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020 ou envoyer un courriel à la *Ligne d'aide d'Assurance-crédit*.

#### Renseignements sur le demandeur

Prénom	L'initiale	Nom de famille	Date de naissance ( <i>jour, mois, année</i> )	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse postale : ( <i>numéro et rue</i> )		Ville	Province	Code postal

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous pour chaque produit de prêt

	Produit de prêt 1	Produit de prêt 2	Produit de prêt 3
Produit de prêt ( <i>prêt, MCP ou prêt hypothécaire</i> )			
Numéro de compte			

#### Renseignements sur le centre bancaire

_____	_____	X _____
Date ( <i>jour, mois, année</i> )	Nom et titre du responsable du centre bancaire ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )	Signature du responsable du centre bancaire
_____	_____	
N° de téléphone du centre bancaire	Timbre dateur du centre bancaire ( <i>transit/adresse</i> )	

Veillez remettre le présent document au demandeur afin qu'il le remplisse.

Une fois **TOUTES** les sections remplies, veuillez envoyer ce document par la poste ou par télécopieur à :

Assurance CIBC  
C.P. 3020, Mississauga STN A,  
Mississauga (Ontario) L5A 4M2  
N° de télécopieur : 1 877 735-4900 ou 905 306-4900

## Demande de règlement - Invalidité ou perte d'emploi

## DÉCLARATION DU DEMANDEUR — section 1

## Renseignements sur le demandeur

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle				
Prénom	L'initiale	Nom de famille	Date de naissance ( <i>jour, mois, année</i> )	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse postale : ( <i>numéro et rue</i> )				
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone	
Profession à la date de l'invalidité ou de la perte d'emploi				
Courte description du poste			Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Type d'emploi <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Temporaire			Si l'emploi est saisonnier, quels sont les mois habituellement travaillés De :        À        :	
Nom de l'employeur au moment de l'invalidité ou de la perte d'emploi				
Adresse ( <i>numéro et rue</i> )				
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone	
Date du début de l'emploi ( <i>jour, mois, année</i> )	Dernier jour travaillé ( <i>jour, mois, année</i> )	Date ou date prévue du retour au travail ( <i>jour, mois, année</i> )		

## Veuillez remplir cette partie si vous soumettez une demande de règlement pour une perte d'emploi

Veuillez fournir une liste de tous les employeurs pour qui vous avez travaillé au cours des six (6) mois précédant la souscription à votre assurance, avec le nombre d'heures travaillées chaque semaine.

Nom et adresse de l'employeur (Veuillez joindre une autre page si nécessaire.)	Total des heures travaillées par semaine

## Veuillez remplir cette partie si vous soumettez une demande de règlement en cas d'invalidité

Veuillez inscrire le nom de l'employeur pour qui vous travailliez avant de souscrire à votre assurance, avec le nombre d'heures travaillées chaque semaine.

Nom de l'employeur			
Adresse ( <i>numéro et rue</i> )			
Ville	Province	Code postal	Total des heures travaillées par semaine
Cause de l'invalidité : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident	S'il s'agit d'un accident, la date de l'accident ( <i>jour, mois, année</i> )		Lieu de l'accident <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ailleurs (Veuillez préciser)
Comment l'accident s'est-il produit? S'il s'agit d'un accident de véhicule, veuillez joindre un exemplaire du rapport de police.			
S'il s'agit d'une maladie, la date du début de la maladie ( <i>jour, mois, année</i> )		Nature de la maladie ou des blessures	
Traitement actuel ( <i>médication, diète, physiothérapie, etc.</i> )			
Avez-vous été hospitalisé pour cette condition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez indiquer la durée du séjour et le décrire.	
Nom de l'hôpital		N° de téléphone de l'hôpital	

**Demande de règlement - Invalidité ou perte d'emploi**

Avez-vous déjà eu la même condition ou une condition semblable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez préciser quand et décrire le tout.	
Nom de votre médecin de famille actuel ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )			
Adresse ( <i>numéro et rue</i> )			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
Noms et adresses de tous les médecins qui vous ont traités au cours des 24 mois précédant la souscription de la présente assurance :			

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR — section 2**

**Formule d'autorisation du demandeur pour divulguer des renseignements personnels**

Si vous souhaitez autoriser une personne autre que vous (comme un membre de la famille ou un ami) à communiquer avec La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie) en votre nom relativement à votre demande, veuillez remplir la présente formule d'autorisation.

La communication se limitera aux questions relatives à la demande de prestations. La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de la demande de prestations ou jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par vous. Une reproduction de la présente autorisation est aussi valide que le document original.

J'autorise Canada-Vie à communiquer les renseignements personnels qui se rapportent à ma demande de prestations à :

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle			
Prénom de la personne désignée	L'initiale	Nom de famille	Relation
Adresse: ( <i>numéro et rue</i> )			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
Veuillez sélectionner une option (Si aucune option n'est sélectionnée, les renseignements médicaux ne seront pas communiqués à la personne autorisée)			
<input type="checkbox"/> Excluant les renseignements médicaux		<input type="checkbox"/> Incluant les renseignements médicaux	

- Je certifie que les déclarations contenues dans la présente formule sont véridiques et complètes.
- Je comprends que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie enquêtera sur la demande de règlement, si ma demande de règlement est pour une invalidité ou une perte d'emploi au titre de l'Assurance-crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC, ou au titre de l'Assurance-crédit pour Marges de crédit personnelles CIBC.
- J'autorise l'assureur approprié (comme indiqué ci-dessus), ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, à utiliser et à échanger des renseignements personnels à mon sujet (y compris les rapports de consultation, les conditions psychologiques et les conditions liées au VIH/SIDA) nécessaires à l'administration et à l'examen des demandes de règlement et par la Banque CIBC, aux fins de l'administration de ma demande de règlement en vertu des présentes polices collectives, avec toute personne ou organisation qui a des renseignements pertinents concernant cette demande, y compris les professionnels de la santé, les institutions, les organismes d'enquête, les assureurs et les réassureurs et les administrateurs de prestations gouvernementaux et autres programmes de prestations.
- Pour les demandes de règlement relatives à une assurance hypothécaire : j'autorise l'utilisation de mes renseignements recueillis relativement à la présente demande de règlement relative à une assurance hypothécaire aux fins d'examen et d'administration de toute autre couverture que je pourrais avoir à l'égard du prêt hypothécaire assuré.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que le document original et demeurera valable tout au long de ma demande de règlement.

Date ( <i>jour, mois, année</i> )	Nom et titre ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )	X <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: inline-block;"></div> Signature
-----------------------------------	--	---

Demande de règlement - Invalidité ou perte d'emploi

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

Cette section doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travailliez au début de l'invalidité ou au moment de la perte d'emploi. Si vous étiez sans emploi à la date de votre incapacité, elle doit être remplie par le dernier employeur pour lequel vous avez travaillé. Pour un travailleur autonome, elle doit être remplie par le demandeur.

Nom de l'employeur		Nom du demandeur	
Adresse postale de l'employeur (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Date du début de l'emploi (jour, mois, année)		Dernier jour travaillé (jour, mois, année)	Raison de l'arrêt de travail
S'il s'agit d'une mise à pied, la date à laquelle l'employé a été informé (jour, mois, année)		Date prévue du retour au travail OU date du retour au travail (jour, mois, année) <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	
L'employé a-t-il reçu une indemnité de départ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, la date à laquelle l'indemnité de départ prend fin (jour, mois, année)	
Profession lors du dernier jour travaillé			
Type de poste <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Veuillez préciser le nombre d'heures travaillées chaque semaine :		S'il s'agit d'un travail saisonnier, veuillez préciser les dates inclusives d'emploi De :    À    :

Pour une demande de règlement en cas d'invalidité, veuillez fournir un aperçu des tâches et des exigences physiques (p. ex., combien de temps debout, assis, à se pencher, à soulever des choses, etc.). Veuillez joindre une copie de la description de poste.


Une demande de règlement a-t-elle été soumise à la Commission des accidents du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez indiquer l'adresse du bureau.	
Nom de la compagnie d'assurance (autre que la Commission des accidents du travail) fournissant une assurance invalidité de groupe pour vos employés. Veuillez inscrire le numéro de la police ainsi que le nom de la personne-ressource.			
Compagnie d'assurance		Personne-ressource	N° de téléphone

Je certifie que selon les dossiers de cette organisation, les renseignements ci-dessus sont exacts.

Date (jour, mois, année)	Nom du responsable autorisé (en caractères d'imprimerie)	X	Signature du responsable autorisé
--------------------------	--	---	-----------------------------------

N° de téléphone

Veuillez retourner le présent document à votre employé ou ancien employé.

**Demande de règlement - Invalidité ou perte d'emploi**

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

**Section 1 – Autorisation du patient** (Le demandeur doit avoir rempli et signé la section 1 ci-dessous avant de demander une déclaration du médecin traitant.)

**Renseignements sur le patient**

Prénom	L'initiale	Nom de famille	Date de naissance ( <i>jour, mois, année</i> )
--------	------------	----------------	--

J'autorise tout médecin, hôpital ou clinique ou établissement médicalement rattaché, le Bureau de renseignements médicaux, la compagnie d'assurance ou toute autre organisation, institution ou personne qui a, ou pourrait avoir à l'avenir, un dossier portant sur moi ou des connaissances me concernant ou sur ma santé à divulguer et à obtenir tout renseignement personnel sur moi (y compris les rapports de consultation, les conditions psychologiques et les conditions liées au VIH/SIDA) à ou auprès de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, si ma demande de règlement est pour une invalidité au titre de l'Assurance-crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC, ou au titre de l'Assurance-crédit pour Marges de crédit personnelles CIBC aux fins du processus d'examen ou de l'évaluation d'une demande de règlement, et la Banque CIBC en tant qu'administrateur aux termes des présentes polices.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que le document original et demeurera valable tout au long de ma demande de règlement.

		X
Date ( <i>jour, mois, année</i> )	Nom du patient ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )	Signature du patient

**Section 2 – Déclaration du médecin traitant**

Remarque : tous frais exigés pour remplir la présente formule sont la responsabilité du demandeur.

**Historique**

Date du diagnostic de l'affection entraînant une incapacité ( <i>jour, mois, année</i> )	Date à laquelle le patient est devenu invalide ( <i>jour, mois, année</i> )
Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une affection similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, veuillez préciser quand et décrire le tout
La condition est-elle considérée comme chronique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La condition est-elle due à une blessure ou à une maladie découlant de l'emploi du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Qu'est-ce qui a précipité l'absence du travail?	Depuis combien de temps le demandeur est-il votre patient? Années    Mois

**Noms et adresses des autres médecins traitants**

Nom	Adresse	Spécialité

**Cause de l'invalidité**

Diagnostic primaire ( <i>y compris toute complication</i> )	
Diagnostic secondaire ( <i>le cas échéant</i> )	
Autres troubles ou complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail	
Symptômes subjectifs	
Symptômes objectifs ( <i>y compris les derniers résultats des radiographies, E.C.G., IRM, tomographies ou tests de laboratoire et toute autre donnée clinique pertinente</i> ). Veuillez fournir des exemplaires.	
Le patient reçoit-il ou a-t-il besoin d'un traitement pour l'usage d'alcool ou de drogues? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez donner tous les détails du programme de désintoxication.
Si pertinent, tension artérielle au moment de la dernière visite. /	

## Section 2 – Déclaration du médecin traitant (suite)

### Limitations fonctionnelles actuelles

1. Fonction	Degré de limitation						Degré de limitation				
	Aucune	Faible	Modérée	Sévère	Inconnue		Aucune	Faible	Modérée	Sévère	Inconnue
Cognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez ajouter toute autre fonction limitée par la maladie ou la blessure :					
Sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer le poids maximal recommandé : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg					
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Grimpée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Position fléchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Soulèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2. Veuillez décrire les limitations fonctionnelles, physiques ou psychologiques que vous considérez comme des obstacles majeurs à la capacité de la personne à travailler.

3. Des évaluations de la capacité fonctionnelle ont-elles été effectuées?  
 Oui  Non

Si oui, veuillez préciser quand ainsi que le type.

### Traitement

Date de la première visite pour la condition invalidante (*jour, mois, année*) \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite pour la condition invalidante (*jour, mois, année*) \_\_\_\_\_

Fréquence des visites  
 Hebdomadaire  Mensuelle  Autre (Veuillez préciser.) \_\_\_\_\_

Nature du traitement (*Y compris la chirurgie, la physiothérapie et les médicaments prescrits, le cas échéant.*) \_\_\_\_\_

À votre connaissance, est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé?  
 Oui  Non

Si non, veuillez commenter : \_\_\_\_\_

### Progrès

L'état du patient  
 Est rétabli  S'améliore  Ne s'améliore pas  Se dégrade

Veuillez commenter : \_\_\_\_\_

### Pronostic

Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la date estimée de l'accouchement. \_\_\_\_\_

Le patient est-il maintenant totalement invalide de sa propre profession?  
 Oui  Non

Veuillez indiquer la date à laquelle vous pensez que le patient sera en mesure de reprendre le travail (*jour, mois, année*). \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la date à laquelle l'employé était en mesure de reprendre le travail (*jour, mois, année*). \_\_\_\_\_

Si la durée est indéfinie, quelle est votre estimation :  
 1 à 3 mois  4 à 6 mois  Plus de 6 mois  Jamais

Le patient est-il un bon candidat pour une tentative de retour au travail ou une réadaptation?  
 Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer à quelle date (*jour, mois, année*) \_\_\_\_\_

## Section 2 – Déclaration du médecin traitant (suite)

Le patient a-t-il été référé à un autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, la date à laquelle il a été référé ( <i>jour, mois, année</i> )	
Nom		Spécialité	
Adresse postale ( <i>numéro et rue</i> )			
Ville		Province	Code postal
No de téléphone		No de télécopieur	

Il incombe au patient d'obtenir la présente formule et d'acquitter tous les frais facturés pour son remplissage.

Nom du médecin traitant ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )		Spécialité	
Nom de l'établissement ( <i>hôpital, centre médical</i> )			
Adresse postale ( <i>numéro et rue</i> )			
Ville		Province	Code postal
N° de téléphone		N° de télécopieur	

En signant ici, vous reconnaissez que les réponses données ci-dessus sont exactes et complètes au meilleur de vos connaissances.

		X	
<i>Date (jour, mois, année)</i>	Nom du médecin traitant		Signature du médecin traitant

Veuillez retourner la présente formule à votre patient.