

Demande de règlement Invalidité ou perte d'emploi

Demande de règlement pour invalidité

Vous pouvez présenter une demande de règlement pour invalidité si :

- vous bénéficiez de la garantie : assurance invalidité dans le cadre de l'Assurance Protection-paiement CIBC – Prêt personnel CIBC; Assurance invalidité Marge de crédit personnelle CIBC; Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC ou Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC, et
- vous souffrez d'une Invalidité définie dans votre Certificat d'assurance, et
- le délai de carence obligatoire suivant la date du début de votre invalidité, tel qu'il est défini dans votre Certificat d'assurance, est terminé et vous n'êtes pas retourné au travail avant le versement régulier suivant le délai de carence.

Quels documents devez-vous soumettre aux fins de la demande de règlement pour invalidité?

Une copie :

- de la lettre d'acceptation de l'assureur (*uniquement si une souscription médicale avait été exigée aux fins d'approbation de la garantie*), et
- les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement:

Déclaration du centre bancaire, Déclaration du demandeur, Déclaration de l'employeur et Déclaration du médecin traitant.

Une fois toutes les sections remplies, postez les documents à l'adresse suivante :

Creditor Customer Service, P.O. Box 3020, Mississauga STN A, Mississauga, ON L5A 4M2

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

Demande de règlement pour perte d'emploi

Vous pouvez présenter une demande de règlement pour perte d'emploi si :

- vous bénéficiez de la garantie : Assurance Protection-paiement CIBC – Prêt personnel CIBC ou Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- votre emploi prend fin ou est suspendu tel qu'il est défini dans votre Certificat d'assurance, et
- le délai de carence obligatoire suivant la date du début de votre perte d'emploi, tel qu'il est défini dans votre Certificat d'assurance, est terminé. Vous n'êtes pas retourné au travail avant le versement régulier suivant le délai de carence.

Quels documents devez-vous soumettre aux fins de la demande de règlement pour perte d'emploi?

- une copie de votre relevé d'emploi déposé auprès de Ressources humaines et Développement social Canada, et
- votre preuve d'assurance emploi ou d'indemnité de grève (lettre du syndicat), et
- les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement :

Déclaration du centre bancaire, Déclaration du demandeur et Déclaration de l'employeur

Une fois toutes les sections remplies, postez les documents à l'adresse suivante :

Creditor Customer Service, P.O. Box 3020, Mississauga STN A, Mississauga, ON L5A 4M2

Note : Tout renseignement manquant peut retarder le traitement de votre demande.

Qu'advient-il une fois la demande soumise?

- Vous assumez le paiement de votre prêt, de votre marge de crédit personnelle (MCP) et de votre prêt hypothécaire ainsi que des primes d'assurance jusqu'à ce que la demande de règlement soit approuvée. Tout paiement admissible sera remboursé une fois votre délai de carence terminé.
- Vous serez avisé si d'autres renseignements sont requis pour assurer le traitement de votre demande.
- Si votre demande est acceptée, l'assureur versera vos prestations à la Banque CIBC tant que vous y demeurez admissible. Un avis vous sera envoyé pour vous informer du versement ou des versements effectués en votre nom et de la date jusqu'à laquelle vous seront versées les prestations.
- Si votre demande est refusée, l'assureur vous en avisera par écrit.

Avez-vous besoin de renseignements supplémentaires?

- Consultez votre Certificat d'assurance pour en savoir davantage au sujet des modalités, conditions, restrictions, exclusions et autres dispositions de votre garantie.
- **Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020.**

Votre vie privée nous tient à cœur – Message des assureurs

Les renseignements personnels que vous avez fournis à l'assureur applicable sur votre proposition d'assurance prêt personnel, marge de crédit personnelle ou prêt hypothécaire ont été versés à un dossier client. L'objet de ce dossier, qui est soumis à la plus stricte confidentialité, est de permettre à l'assureur applicable, ainsi qu'à ses réassureurs, d'effectuer toutes les opérations d'assurance nécessaires, y compris l'établissement de primes équitables, la perception des paiements, l'évaluation des demandes de règlement et le versement des prestations, et de vous informer sur l'état de votre garantie. L'assureur applicable conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre emplacement qu'il autorise.

Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements qui vous concernent. Si ces personnes se situent à l'extérieur du Canada, vos renseignements personnels seront assujettis aux lois de la juridiction étrangère. Si vous voulez connaître ou corriger tout renseignement qui figure dans votre dossier, vous n'avez qu'à appeler la Ligne d'aide d'Assurance crédit au **1 800 465-6020** et nous serons heureux de vous aider.

L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont établies par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »). Pour les demandes de règlement aux termes de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC soumises à partir du 1^{er} janvier 2013, la garantie est établie par Canada-Vie. Pour les demandes de règlement aux termes de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC soumises avant le 1^{er} janvier 2013, la garantie est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life »). Tous les régimes sont administrés par la Banque CIBC et ses assureurs respectifs. L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, 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 assujetties à certaines modalités, conditions, restrictions et exclusions qui figurent dans le Certificat d'assurance envoyé au moment de l'adhésion.



Déclaration du centre bancaire Demande de règlement – Invalidité ou perte d'emploi

Veillez remplir intégralement la présente Déclaration du centre bancaire (*en caractères d'imprimerie*) et la remettre ou la transmettre au demandeur afin qu'il s'assure que la **Déclaration du demandeur**, la **Déclaration de l'employeur** et la **Déclaration du médecin traitant** sont dûment remplies. Des questions? Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 ou envoyez un courriel à Creditor Helpline.

Nom de l'assuré – Prénom	Nom de famille	
Adresse et transit du centre bancaire	Numéro de téléphone du centre bancaire	Numéro de télécopieur
	- -	- -
Observations		
Nom en caractères d'imprimerie	X	Date (jour/mois/année)
Signature de l'employé autorisé		

Veillez indiquer tous les détails applicables à 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 du prêt du système PRETS, numéro de la MCP ou numéro du prêt hypothécaire			
Si une souscription médicale avait été exigée aux fins de l'approbation de la garantie, veuillez joindre une copie de la lettre d'acceptation de l'assureur.			

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

Une fois **TOUTES** les sections remplies, postez les documents à l'adresse suivante :
Creditor Customer Service,
P.O. Box 3020,
Mississauga STN A,
Mississauga, ON L5A 4M2



Déclaration du demandeur

Demande de règlement – Invalidité ou perte d'emploi

Renseignements sur le demandeur

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj mm aa)
<input type="checkbox"/> M ^{lle}		
Adresse postale : Numéro Rue Ville		Province Code postal
Poste occupé à la date de l'invalidité / la perte d'emploi		Numéro de téléphone.
Choix de langue aux fins de correspondance		Travailleur autonome
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Genre d'emploi	S'il s'agit d'un travail saisonnier, période d'emploi habituelle (jour, mois, année)	
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Temporaire	Expéditeur	Destinataire
Description sommaire du travail		
Nom et adresse de l'employeur (au moment de l'invalidité ou de la perte d'emploi)		Numéro de téléphone.
Dernier jour de travail (jj mm aa)		Date de retour au travail (jj mm aa)
		Date prévue de retour au travail (jj mm aa)

Dans le cas des demandes de règlement pour perte d'emploi, veuillez dresser la liste de tous vos employeurs au cours des six mois qui ont précédé votre adhésion à l'assurance, en prenant soin d'indiquer le nombre d'heures travaillées chaque semaine

Nom et adresse de l'employeur (veuillez joindre une autre page au besoin)	Nombre total d'heures travaillées chaque semaine
---	--

Dans le cas des demandes de règlement pour invalidité, veuillez indiquer votre employeur au cours des six mois qui ont précédé votre adhésion à l'assurance, en prenant soin de préciser le nombre d'heures travaillées chaque semaine

Nom et adresse de l'employeur (veuillez joindre une autre page au besoin)	Nombre total d'heures travaillées chaque semaine
---	--

En raison de votre invalidité ou de votre perte d'emploi, recevez-vous actuellement ou allez-vous recevoir des prestations de l'une des sources suivantes?

<input type="checkbox"/> Commission de la santé et de la sécurité du travail et n° de référence.	<input type="checkbox"/> Assurance-emploi (indiquez la date de votre demande et joignez une preuve des prestations approuvées)	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec
<input type="checkbox"/> Toute autre assurance collective (indiquez le nom de la compagnie et le n° de la police)		<input type="checkbox"/> Assurance individuelle (indiquez le nom de la compagnie et le n° de la police)

À remplir s'il s'agit d'une demande de règlement pour invalidité

Cause de l'invalidité :	S'il s'agit d'un accident, veuillez indiquer la date de l'accident (jour, mois, année)	Lieu de l'accident
<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident		<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Ailleurs (veuillez préciser)
Comment l'accident s'est-il produit? / Cause de l'invalidité		S'il s'agit d'un accident d'automobile, veuillez joindre le rapport de police
Date du début de la maladie (jour, mois, année)	Nature de la maladie ou de la blessure	
Traitement actuel (médicaments, diète, physiothérapie, etc.)		
Avez-vous été hospitalisé pour ce problème médical?		Dates de l'hospitalisation (jour, mois, année)
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom de l'hôpital :		Expéditeur Destinataire
Avez-vous déjà souffert d'un problème identique ou semblable?		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date et description du problème :		
Nom et adresse de tous les médecins consultés au cours des 12 derniers mois qui ont précédé la souscription de cette assurance. Veuillez indiquer le nom de votre médecin de famille actuel.		

Je certifie que les déclarations faites dans cette formule sont véridiques et complètes. Je reconnais que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, si je fais une demande de règlement pour invalidité ou perte d'emploi aux termes de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC, de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC ou, à partir du 1^{er} janvier 2013, de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC peut faire enquête à propos de cette demande de règlement. Si je fais une demande de règlement pour invalidité aux termes de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC avant le 1^{er} janvier 2013, je reconnais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life ») peut faire enquête à propos de cette demande de règlement. J'autorise l'assureur compétent (selon les indications ci-dessus), ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels me concernant (y compris des rapports de consultation, de l'information relative à mon état psychologique ou à tout état lié au VIH/sida) qui seraient nécessaires dans le cadre du traitement et du règlement des demandes, ainsi que la Banque CIBC aux fins du traitement de ma demande (en vertu de ces polices collectives), et à les transmettre à toute personne ou entreprise qui dispose de renseignements pertinents relatifs à cette demande de règlement, notamment des professionnels de la santé, des établissements de santé, des agences d'enquête, des assureurs, des réassureurs ainsi que des administrateurs de prestations pour gouvernement et d'autres programmes d'avantages sociaux. En particulier, pour toute demande de règlement aux termes de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, où la garantie est souscrite avant le 1^{er} janvier 2013 et où la demande est soumise à partir du 1^{er} janvier 2013, j'autorise la Sun Life à transmettre, aux fins décrites ci-dessus, tout renseignement me concernant ou concernant mon état de santé à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Pour ce qui est des demandes de règlement d'assurance hypothécaire : J'autorise l'utilisation des renseignements me concernant en lien avec la présente demande de règlement d'assurance hypothécaire, aux fins d'examen et d'administration de toute autre assurance que je pourrais avoir concernant le prêt hypothécaire assuré.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original et le sera durant toute la demande de réclamation.

Après avoir rempli la présente section, veuillez demander à votre employeur de remplir la page 4.

X

Signature de l'assuré

Date (jj mm aa)



Déclaration de l'employeur

Demande de règlement – Invalidité ou perte d'emploi

Cette déclaration doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travaillez au début de votre invalidité ou au moment de la perte de votre emploi. Si vous étiez sans travail à la date d'invalidité, veuillez la faire remplir par votre dernier employeur. Si vous êtes travailleur autonome, vous devez la remplir vous-même.

Nom de l'employeur _____ Nom du demandeur _____

Adresse postale de l'employeur : Numéro Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date du début de l'emploi (jour, mois, année) _____ Dernier jour de travail (jour, mois, année) _____ Motif de la cessation d'emploi _____

S'il s'agit d'une mise à pied, date à laquelle l'employé a été avisé (jour, mois, année) _____ Date prévue du retour au travail (jour, mois, année) Temps plein Temps partiel **OU** Date du retour au travail (jour, mois, année) Temps plein Temps partiel

L'employé a-t-il reçu des indemnités? Non Oui, date de fin des indemnités (jour, mois, année) _____ Dernier poste occupé _____

Type d'emploi Temps plein, veuillez préciser le nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Temps partiel, veuillez préciser le nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Saisonnier, veuillez indiquer la période d'emploi : (jour, mois, année) _____ Expéditeur: _____ Destinataire: _____

Brève description des tâches et des exigences physiques de l'emploi – ne s'applique qu'aux demandes de règlement pour invalidité (p. ex., rester debout, se pencher, soulever des objets, demeurer assis, etc.). Veuillez transmettre une copie de la description de tâche.

Une demande de règlement a-t-elle été soumise à la CSST? Non Oui Dans l'affirmative, indiquez l'adresse du bureau. _____

Nom de la compagnie d'assurance (autre que la Commission de la santé et de la sécurité du travail) fournissant une assurance invalidité collective à vos employés. Veuillez indiquer le n° de la police et le nom de la personne-ressource.

Compagnie d'assurance _____ Personne-ressource _____ Numéro de téléphone _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes aux dossiers de la société.

Nom de l'employé autorisé (en caractères d'imprimerie) _____ Titre _____ Numéro de téléphone _____

Date (jj mm aa)

X _____
Signature de l'employé autorisé

Veuillez remettre le document à votre employé.



Déclaration du médecin traitant Demande de règlement pour invalidité

Section 1 – Autorisation du patient *(Le demandeur doit remplir et signer la Section 1 ci-dessous avant de demander une Déclaration du médecin traitant)*

<input type="checkbox"/>	M.	<input type="checkbox"/>	M ^{me}	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj mm aa)
<input type="checkbox"/>	M ^{lle}					
Adresse postale : Numéro		Rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
						- -

Je donne mon autorisation et mon consentement à ce que tout médecin, hôpital, clinique ou établissement de soins de santé, Bureau de renseignements médicaux (MIB), compagnie d'assurance ou autre organisme, institution ou personne ayant ou pouvant éventuellement avoir un dossier me concernant, ou des renseignements me concernant ou qui concernent ma santé, fournisse et demande tout renseignement personnel à mon sujet (y compris ce qui a trait à mon état psychologique ou à tout état relié au VIH/sida), et je leur prescris de le faire, à la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie si je fais une demande de règlement pour invalidité aux termes de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire CIBC, de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC ou, à partir du 1^{er} janvier 2013, de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, et à Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie si je fais une demande de règlement pour invalidité aux termes de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC avant le 1^{er} janvier 2013, aux fins du processus d'approbation ou de l'évaluation d'une demande de règlement et à la Banque CIBC à titre d'administrateur de ces polices.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original et le sera durant toute la demande de réclamation. Date (jj mm aa)

X _____

Signature du patient

Section 2 – Déclaration du médecin traitant *Tous frais exigés pour remplir la présente formule doivent être assumés par le patient.*

Antécédents

Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois ou date de l'accident (jour, mois, année) _____ Date à laquelle le patient est devenu invalide (jour, mois, année) _____ Le problème médical du patient résulte-t-il d'une blessure ou d'une maladie liée à la nature de son travail Oui Non Je ne sais pas

Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème identique ou semblable? Non Oui, date et description du problème _____ Je ne sais pas S'agit-il d'un problème chronique? Non Oui, veuillez indiquer ce qui a provoqué l'absence du travail _____

Depuis combien de temps le Demandeur est-il votre patient? _____ ans _____ mois

Nom et adresse des autres médecins traitants

Nom	Adresse	Spécialité
_____	_____	_____

Cause de l'invalidité

Principale (y compris toute complication) _____

Diagnostic _____

Autres problèmes ou complications susceptibles de retarder le retour au travail _____

Symptômes subjectifs _____

Signes objectifs (notamment les résultats récents de radiographies, d'ECG, d'imagerie par résonance magnétique, de tomographie par ordinateur (cat scan), ou encore de tests de laboratoire ou tout autre résultat clinique pertinent). Veuillez fournir des copies. _____

Le patient suit-il un traitement pour consommation d'alcool ou de drogues ou a-t-il besoin d'en suivre un? Non Oui

Tension artérielle au moment de la dernière visite, si ce renseignement est pertinent. _____ / _____

Limitations fonctionnelles actuelles

1. Fonction	Degré de limitation						Degré de limitation				
	Aucune	Faible	Modérée	Grave	Je ne sais pas		Aucune	Faible	Modérée	Grave	Je ne sais pas
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"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veuillez ajouter toute autre limitation causée 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"/>
Plan psychologique	<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 maximum _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg					
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Demeurer assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Soulever des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2. Décrivez toute limitation fonctionnelle, physique ou psychologique, que vous considérez comme un obstacle majeur nuisant à la capacité de la personne à travailler. _____

3. Y a-t-il eu évaluation de la capacité fonctionnelle? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez en préciser la nature: _____ À quelle date? _____

Déclaration du médecin traitant Demande de règlement pour invalidité

Section 2 – médecin traitant (suite)

Traitement

Date de la première visite _____ Date de la dernière visite _____ Fréquence des visites
(jour, mois, année) (jour, mois, année) Hebdomadaire Mensuelle Autre (veuillez préciser)

Nature du traitement (y compris les interventions chirurgicales, la physiothérapie et les médicaments prescrits, le cas échéant)

À votre connaissance, le patient suit-il le traitement recommandé? Oui Non, veuillez préciser:

Évolution

Quelle est l'évolution de l'état de santé du patient?
 Guérison Amélioration Aucune amélioration Détérioration

Veuillez préciser:

Pronostic

Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement.

Le patient est-il maintenant tout à fait incapable d'exercer son travail?
 Oui, veuillez indiquer la date à laquelle, selon vous, le patient pourra retourner au travail (jour, mois, année) Non, veuillez indiquer la date à laquelle, selon vous, le patient a pu recommencer à travailler (jour, mois, année)

Si la date est indéterminée, veuillez donner une approximation.
 de 1 à 3 mois de 4 à 6 mois plus de 6 mois jamais

Le patient peut-il reprendre à l'essai un travail quelconque ou suivre un programme de réadaptation?
 Non Oui, veuillez indiquer la date
_____ (jour, mois, année)

A-t-on recommandé au patient de consulter un autre médecin? Non Oui, date de la recommandation : _____ Nom _____ Spécialité _____

Adresse postale : Numéro, rue _____ Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

Observations

Il incombe au patient de faire remplir cette formule et d'en assumer tous les frais, le cas échéant.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) _____ Nom de l'établissement (hôpital, centre médical) _____

Adresse postale : Numéro, rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Spécialité _____ Numéro de téléphone. _____ Numéro de télécopieur _____

Signature du médecin traitant _____ Date _____

Veuillez remettre la présente formule à votre patient.