

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1

Peut être envoyée par courriel ou par télécopieur

<p>⇒ <b>Votre demande doit être présentée dans les 31 jours suivant le début de votre invalidité</b></p> <p>⇒ <b>Tous frais exigés par le médecin pour remplir un formulaire doivent être assumés par le patient</b></p> <p>⇒ <b>Toute déclaration incomplète pourrait occasionner des retards</b></p> <p>⇒ <b>Vous devez informer votre employeur de la date prévue de votre retour au travail</b></p>	<p>Courriel : <a href="mailto:salaire@aga.ca">salaire@aga.ca</a></p> <p>Télécopieur : 514 935-1147</p>
---	--

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

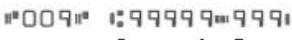
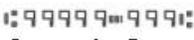
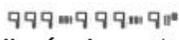
N° contrat : \_\_\_\_\_ N° groupe/division : \_\_\_\_\_ N° certificat : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Votre numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si les prestations prévues à votre régime sont imposables.  
L'utilisation de votre N.A.S. sera limitée à l'émission des feuillets T4A et Relevé 1. N° assurance sociale : \_\_\_\_\_

**OUI, je désire recevoir mes prestations d'assurance salaire directement dans mon compte bancaire.**  
**(À défaut de compléter ces informations bancaires, votre paiement des prestations vous sera acheminé par chèque)**  
Il est de la responsabilité de l'adhérent de s'assurer de l'exactitude des coordonnées bancaires saisies sur ce formulaire.  
Advenant que les coordonnées bancaires soient erronées, veuillez noter que nul autre que l'adhérent pourra être tenue responsable des sommes non reçues.

Succursale	Banque	Numéro de compte
 Succursale	 Banque	 Numéro de compte

**1. RENSEIGNEMENTS SUR**

1.1 Date du dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Date de la première consultation chez le médecin : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

1.2 L'invalidité est-elle reliée à :

une maladie – Précisez la date d'apparition des symptômes : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une maladie semblable ? Non  Oui  Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

un accident  un accident du travail  un accident d'automobile – Précisez la date de l'accident : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Endroit et circonstances de l'accident (comment est-il arrivé) : \_\_\_\_\_

une grossesse  un retrait préventif – Précisez la date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

1.3 Au moment de votre arrêt de travail, occupiez-vous un autre emploi (emploi secondaire) ? Non  Oui

1.4 Avez-vous repris le travail ? Non  Oui  Si non, quand prévoyez-vous reprendre le travail ? \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

**2. AUTRES PRESTATIONS**

2.1 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	Avez-vous l'intention de contester cette décision ?	
					Oui	Non
<b>PROGRAMMES</b> Assurance Emploi (DRHC) Si acceptée, date du début des prestations : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>RÉGIMES</b> Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Autre police d'assurance collective : _____	<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.**

**3. AUTORISATION MÉDICALE**

J'autorise Groupe financier AGA inc. (AGA assurances collectives) ou mon assureur à obtenir de tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, tout établissement ou organisme public, privé ou gouvernemental de la santé ou des services sociaux ainsi que tout autre assureur, tous les renseignements médicaux et administratifs relatifs à mon invalidité et nécessaires au traitement de ma demande de prestations d'invalidité. J'autorise également Groupe financier AGA inc. (AGA assurances collectives) ou mon assureur à échanger de tels renseignements avec ces personnes ou organismes, si nécessaire. J'autorise également Groupe financier AGA inc. (AGA assurances collectives) à partager toute information sur ce formulaire ou toute information relative à ma demande de prestations avec le fournisseur de service de gestion d'invalidité ACCLAIM. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_