

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

Peut être envoyée par courriel ou par télécopieur

<p>⇒ Votre demande doit être présentée dans les 31 jours suivant le début de votre invalidité</p> <p>⇒ Tous frais exigés par le médecin pour remplir un formulaire doivent être assumés par le patient</p> <p>⇒ Toute déclaration incomplète pourrait occasionner des retards</p> <p>⇒ Vous devez informer votre employeur de la date prévue de votre retour au travail</p>	<p>Courriel : salaire@aga.ca</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
PROGRAMMES Assurance Emploi (DRHC) Si acceptée, date du début des prestations : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIMES Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre police d'assurance collective : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 _____