

RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

| | |
|---|------------------------------|
| Nom au complet (Nom de famille, prénom, initiale) : | |
| Police n° : | Demande de règlement n° : |
| Adresse (app./rue/ville/province/code postal) : | |
| N° de téléphone (domicile) : | N° de téléphone (travail) : |
| Adresse de courrier électronique : | N° de téléphone cellulaire : |

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

| |
|--|
| Quel est votre diagnostic actuel ? Primaire : Secondaire : |
| Quels sont vos symptômes actuels ? Comment vos symptômes actuels vous empêchent-ils de travailler ? |
| Décrivez vos activités actuelles et comment votre état ou vos symptômes ont influé sur ces activités : |
| Quelles sont vos restrictions (ce que vous ne DEVRIEZ pas faire) ? |
| Quelles sont vos limitations (ce que vous ne POUVEZ pas faire) ? |
| Est-ce que votre médecin traitant vous a fait part de nouvelles restrictions ou limitations ? |



Depuis votre dernière déclaration, avez-vous exercé des activités professionnelles, rémunérées ou non ?

Oui Non

| | | | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------|
| Dans l'affirmative, des activités liées au même emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Dans l'affirmative : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel | Date de début (JJ/MM/AAAA) : | N ^{bre} d'heures : |
| | Fournir des détails : | | |
| | Décrivez votre situation professionnelle (p. ex. employeur, travailleur autonome, associé, entreprise en ligne / à domicile, etc.) et fournir des détails : | | |
| | Si vous travaillez actuellement, vos fonctions normales ont-elles été modifiées suite à votre état ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser : | | |
| Dans la négative, avez-vous fait des efforts ou demandé de l'information, y compris à votre médecin traitant, pour tenter un retour au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Dans l'affirmative, fournir des détails, y compris ce qui vous semble des modifications possibles pour permettre votre retour au travail : | | |

Recevez-vous des prestations des sources suivantes ou en avez-vous fait la demande ?

| Sources de revenu | Oui/Non | Police n° | Montant | Date de la demande (JJ/MM/AAAA) | Date du début des prestations (JJ/MM/AAAA) |
|---|---------|-----------|---------|---------------------------------|--|
| CNESST / CSST / CSPAAT | | | \$ | | |
| Régime de pensions du Canada / Régie des rentes du Québec | | | \$ | | |
| Régime de retraite | | | \$ | | |
| Assurance automobile ou invalidité | | | \$ | | |
| Autres (précisez) : | | | \$ | | |

Veillez nous fournir une copie de toute la correspondance que vous avez reçue si les renseignements ont changé depuis la dernière mise à jour.

IMPORTANT : Si votre prestation est imposable, veuillez remplir les deux champs relatifs aux montants d'exonération (réclamés) d'impôt fédéral \$ et provincial \$ en remplissant les formulaires requis, accessibles sur le site Web de l'ARC : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/td1-declarations-credits-impot-personnels.html>.

