

## Attestation d'invalidité totale - Déclaration du demandeur

**Veillez joindre :** Déclaration du médecin traitant dûment remplie

### A - DÉTAILS DE LA MALADIE

Date et heure de l'accident AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	L'accident s'est-il produit pendant ou hors service ?	<input type="checkbox"/> Pendant	<input type="checkbox"/> Hors		
Veillez expliquer les détails de l'accident ou de la maladie.						
À quelle date avez-vous été traité pour la première fois par un médecin ? AA/MM/JJ		Début de l'invalidité				
Avez-vous déjà eu la même condition ou une condition similaire?		Si oui, veuillez indiquer les dates. AA/MM/JJ				
Avez-vous demandé ou recevez-vous des prestations d'invalidité, d'assurance-salaire ou de retraite d'un programme ou d'un plan mentionné ci-dessous ?		NON	SI OUI		SI REFUSE	
			Attente	Approuvé	Refusé	Avez-vous l'intention de contester la décision ? Oui Non
PROGRAMME L'assurance-emploi (AE/DRHC)	Si approuvé, date de début des prestations : AAAA / MM / JJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des accidents du travail ou régime similaire / Commission de la sante et de la securite du travail (WSIB/CSST)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations d'assurance automobile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAN Régime de pensions du Canada (RPC) ou Régime de rentes du Québec (RRQ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de regimes de retraite et d'assurances (CARRA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraite / Régime de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre prestation d'invalidité :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REMARQUE : VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE TOUS LES DOCUMENTS REÇUS DE CES ORGANISMES, Y COMPRIS TOUT AVIS DE PAIEMENT DE PRESTATIONS						
Noms et adresses de tous les médecins traitants :						

**Retournez les formulaires remplis à Sutton Special Risk**  
33 Yonge St., Suite 400 Box 311  
Toronto, ON M5E 1G4

## B - DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Nom de l'employeur		Numéro de police		
Nom de famille		Prénom		
Adresse de l'employé- n°, rue, app.		Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date d'entrée en vigueur de la couverture (AAAA/MM/JJ)		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		

## C - AUTORISATION

Je certifie par la présente que les déclarations ci-dessus faites par moi sont complètes, véridiques et notés correctement.

Signature du demandeur

Témoin

Date

### Autorisation d'obtenir des informations

J'AUTORISE tout médecin, hôpital, clinique, établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance ou de réassurance, bureau d'information médicale, agence de protection du consommateur ou employeur à fournir à Sutton Special Risk, ou à son représentant, les renseignements dont il dispose sur l'état physique ou mental de mon conjoint, de mes enfants admissibles ou de moi-même, ainsi que sur le diagnostic, le traitement et le pronostic de cet état. JE SAIS que les renseignements obtenus au moyen de cette autorisation seront utilisés par Sutton Special Risk, pour déterminer l'admissibilité à la garantie ou aux indemnités découlant de la garantie actuelle. Sutton Special Risk, ne transmettra aucun des renseignements obtenus à qui ce soit, SAUF à l'assureur ou aux personnes ou entreprises fournissant des services juridiques ou professionnels liés à ma demande, à moins que la loi ne l'exige ou que je ne donne mon autorisation. JE SAIS que je puis demander une copie de la présente autorisation. JE RECONNAIS la validité d'une copie photographique de cette autorisation, au même titre que l'original. JE RECONNAIS la valeur de cette autorisation pour les deux années qui suivent la date indiquée ci-dessous.

signature du demandeur

Témoin

Date