

Invalidité (déclaration du médecin)

AVIS AUX MÉDECINS

Les renseignements qui seront fournis doivent permettre au médecin-conseil de Capital régional et coopératif Desjardins d'établir si la personne qui fait l'objet du présent rapport est atteinte de façon permanente d'une maladie ou d'une déficience physique ou mentale qui la rend incapable d'accomplir son travail habituel ou de gagner sa vie.

À moins d'avis contraire de votre part, la teneur de ce rapport médical pourra éventuellement être communiquée à la personne examinée ou à une tierce personne. Votre promptitude à retourner ce rapport à Capital régional et coopératif Desjardins contribuera à accélérer l'étude d'une demande de rachat d'actions.

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA REQUÉRANT(E)

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale ____ / ____ / ____
Adresse		
Ville	Code postal	Téléphone ()
Date du premier examen	Date du dernier examen	
Historique médical (diagnostic, évolution, pronostic)		

Appréciation de l'invalidité		
Croyez-vous que votre patient(e) peut ou pourra éventuellement reprendre son travail habituel ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date approximative _____		
Si non, croyez-vous qu'il(elle) pourra reprendre éventuellement tout autre travail rémunérateur ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date approximative _____		
Commentaires (s'il y a lieu):		

SECTION 2 DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements contenus dans ce rapport sont exacts.		
Nom et prénom (en lettres moulées)	Signature du médecin _____	
Adresse	N° de permis du médecin _____	
Ville	Code postal	Téléphone ()
Signé à _____ le _____		
Précisez: <input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste		



Invalidité (déclaration du détenteur d'actions)

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE / LA REQUÉRANT(E)

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale ____ / ____ / ____
Adresse		
Ville	Code postal	Téléphone ()

IMPORTANT

Veillez noter que la présente demande constitue une demande préliminaire de rachat d'actions pour cause d'invalidité et que Capital régional et coopératif Desjardins pourrait, dans certains cas, demander des informations et des pièces justificatives supplémentaires.

N'oubliez pas de signer le formulaire.

Si vous êtes admissible au RRQ-invalidité ou si vous recevez des prestations d'assurance-invalidité à long terme, il n'est pas nécessaire de remplir les sections 4 et 5.

SECTION 2

Avez-vous été déclaré(e) admissible aux prestations d'invalidité en vertu de la Loi sur le régime des rentes du Québec?

Oui Dans ce cas, une copie de la lettre d'acceptation ou d'une décision du comité de réexamen ou de révision, ou d'un talon de chèque devra nous être expédiée. Non

SECTION 3

Avez-vous été déclaré(e) admissible aux prestations d'invalidité à long terme en vertu d'une assurance-invalidité?

Oui Dans ce cas, une copie de la lettre d'acceptation ou d'un talon de chèque devra nous être expédiée. Non

SECTION 4

Avez-vous fait l'objet d'un rapport médical final liant la CSST, ou d'une décision ou d'un jugement exécutoire rendu en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles reconnaissant une invalidité?

Oui Dans ce cas, une copie du rapport médical final, ou de la décision de la CSST ou de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, ou du jugement reconnaissant une invalidité grave et prolongée devra nous être expédiée. Non

Si vous n'avez pas fait l'objet d'un rapport médical par la CSST ou la Commission des accidents du travail, veuillez remplir la section suivante:

SECTION 5

1. RENSEIGNEMENTS ET DOCUMENTS MÉDICAUX

Indiquez les maladies ou déficiences qui vous empêchent de travailler:

Avez-vous cessé complètement de travailler? Oui Depuis _____ Non

Nom de votre employeur: _____

Quelle fonction exerciez-vous? _____

2. RAPPORT MÉDICAL

Un rapport médical complet de votre médecin traitant devra être soumis à Capital régional et coopératif Desjardins. Il devra contenir les informations nécessaires sur votre invalidité. (Voir le document au verso qui doit être rempli par votre médecin traitant.)

SECTION 6 DÉCLARATION DU DÉTENTEUR D' ACTIONS

Je, soussigné(e), déclare n'occuper aucun emploi rémunéré depuis le _____, date de mon invalidité; depuis cette date, je ne reçois aucun revenu provenant d'un travail.

Je comprends qu'à la date du rachat de mes actions par Capital régional et coopératif Desjardins, je ne pourrai faire aucun achat subséquent d'actions et que le rachat de mes actions entraînera des conséquences fiscales sur le crédit d'impôt ou le gain en capital.

Dans le but de compléter l'information nécessaire à l'analyse de ma demande, j'autorise Capital régional et coopératif Desjardins à effectuer, auprès de tiers, des recherches ou des vérifications se rapportant à des renseignements personnels me concernant.

Signé à _____ le _____ Signature _____