





**ASSURANT**®

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride  
American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

Service des règlements,  
C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3  
Téléphone : 1-800-361-5344  
Télécopieur : 1-800-645-9405

**VEUILLEZ IMPRIMER LE DOCUMENT**

**QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT**

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE		NUMÉRO DE COMPTE	DERNIER JOUR TRAVAILLÉ
<input type="checkbox"/> PAS DE RETOUR AU TRAVAIL <input type="checkbox"/> DATE DU RETOUR AU TRAVAIL : _____			
<b>A. NATURE DE L'ENTREPRISE</b>			
NOM COMPLET, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE ENTREPRISE.			
ÊTES-VOUS LE SEUL PROPRIÉTAIRE? SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DE VOTRE OU VOS PARTENAIRES.			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____			
DATE DE DÉMARRAGE DE L'ENTREPRISE : _____			
<b>B. FONCTIONS</b>			
QUELLES SONT VOS FONCTIONS DANS LE CADRE DE L'EXPLOITATION DE CETTE ENTREPRISE? _____			
Y A-T-IL DES CHARGES LOURDES À SOULEVER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    QUEL EST LE POIDS MAXIMUM QUE VOUS AUREZ À SOULEVER? _____			
AVEZ-VOUS DES EMPLOYÉS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DES EMPLOYÉS ADDITIONNELS, ONT-ILS ÉTÉ EMBAUCHÉS POUR VOUS REMPLACER PENDANT VOTRE ABSENCE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SI OUI, COMBIEN? _____			
QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES AVANT L'APPARITION DE VOTRE INVALIDITÉ?			
SUPERVISION / ADMINISTRATION _____%		TRAVAIL MANUEL _____%	
SI VOUS N'EXERCEZ PAS DIVERSES TÂCHES ADMINISTRATIVES (PAR EX. TÂCHES DE COMPTABILITÉ FISCALE, TENUE DE LIVRES), VEUILLEZ INDIQUER LES NOMS ET ADRESSES DES PERSONNES OU ENTREPRISES S'OCCUPANT DE CES TÂCHES.			
TRAVAILLIEZ-VOUS À PLEIN TEMPS (c.-à-d., 30 HEURES PAR SEMAINE) AVANT L'APPARITION DE VOTRE INVALIDITÉ? - SI NON, VEUILLEZ EXPLIQUER.			
ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL À QUELQUE TITRE QUE CE SOIT? - SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER VOS FONCTIONS, VOS HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE ET LA DATE DE VOTRE RETOUR.			
SI VOUS N'ÊTES-PAS ENCORE RETOURNÉ AU TRAVAIL, QUAND PRÉVOYEZ-VOUS RETOURNER AU TRAVAIL, QUE CE SOIT À PLEIN TEMPS OU À TEMPS PARTIEL?			
<b>AUTORISATION DU DEMANDEUR</b>			
J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR :			DATE :
x			____ / ____ / ____ JJ / MM / AA

**UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS ACCEPTÉE.**

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs filiales et sociétés affiliées exercent leurs activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant®. ® Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc. ABIC et ABLAC peuvent recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que vous leur avez fournis et qui ont été obtenus d'autres parties avec votre consentement. Elles peuvent utiliser ces renseignements pour établir votre dossier et pour vous servir à titre de client ou lorsque cela est exigé ou permis par la loi. Vos renseignements personnels pourraient être traités et stockés aux États-Unis et, sous réserve des lois applicables, les autorités américaines pourraient y avoir accès.