

# DÉCLARATION DU DEMANDEUR - INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ

## Comment remplir ce formulaire :

- Répondez à toutes les questions afin d'éviter les délais de traitement de votre demande de règlement.
- Le médecin traitant actuellement votre blessure ou maladie doit remplir le formulaire G-0058 - Déclaration du médecin traitant. Vous devez payer tous les frais exigés par votre médecin pour remplir le formulaire.
- Si votre employeur paie une partie de vos indemnités pour invalidité, vous devez nous fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) pour que nous puissions produire les feuillets d'impôt.
- Si vous avez des questions ou que vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec notre Service à la clientèle au 1 800 267-0215.

Dans le présent formulaire, «Empire Vie» s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. N° de police d'assurance collective	N° de division d'assurance collective	N° de certificat		
Nom (prénom, second prénom, nom de famille)				
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	NAS (au besoin)	Taille (cm/pieds)	Poids (kg/lbs)	
Numéro de téléphone		Adresse de courriel		
Nom de l'employeur			Numéro de téléphone de l'employeur	
Adresse de l'employeur		Ville	Province	Code postal
Titre de votre emploi			Langue de correspondance : <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais	

## 2. Renseignements sur la demande de règlement (veuillez répondre en détail à toutes les questions)

Soumettez-vous une demande de règlement à la suite d'une blessure ou d'une maladie? Veuillez choisir :  blessure  maladie

Si vous faites une demande de règlement à la suite d'une blessure, veuillez nous indiquer quand, où et comment vous vous êtes blessé(e) :

Quels ont été les premiers symptômes?

Quand avez-vous remarqué ces symptômes pour la première fois?

Votre problème de santé vous empêche-t-il de réaliser toutes les activités de votre emploi actuel?  non  oui

Date du premier traitement par un médecin (jj/mm/aaaa)

Votre blessure ou votre maladie est-elle en lien avec votre travail?  oui  non

Je suis retourné(e) au travail ou je peux retourner au travail :

À temps partiel du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  tâches régulières ou  modifiées

À temps plein du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  tâches régulières ou  modifiées

### 3. Professionnels de la santé

Veillez indiquer tous les professionnels de la santé (p. ex., médecins, physiothérapeutes, chiropraticiens, etc.) consultés pour votre blessure ou maladie actuelle ou pour toute autre raison au cours des deux dernières années :

Nom complet du professionnel de la santé	Date de consultation (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse	Raison de la consultation	
Nom complet du professionnel de la santé	Date de consultation (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse	Raison de la consultation	
Nom complet du professionnel de la santé	Date de consultation (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse	Raison de la consultation	
Nom complet du professionnel de la santé	Date de consultation (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse	Raison de la consultation	

### 4. Autres revenus

Avez-vous reçu ou vous attendez-vous à recevoir toute prestation de revenu en raison de votre blessure ou maladie?

non  oui - Si «oui», veuillez remplir les renseignements ci-dessous :

	Montant/fréquence (hebdomadaire/ mensuelle)	Date de la demande d'indemnités (jj/mm/aaaa)	Date du début des indemnités (jj/mm/aaaa)	Date de la fin des indemnités (jj/mm/aaaa)
<input type="radio"/> Régime de rentes du Québec/de pensions du Canada*	\$			
<input type="radio"/> Régime de retraite	\$			
<input type="radio"/> Assurance automobile (y compris sans égard à la responsabilité)**	\$			
<input type="radio"/> Loi sur les normes du travail	\$			
<input type="radio"/> Assurance-emploi	\$			
<input type="radio"/> Assurance invalidité de courte durée	\$			
<input type="radio"/> Assurance salaire***	\$			
<input type="radio"/> Services sociaux	\$			
<input type="radio"/> Régime d'association	\$			
<input type="radio"/> Autre (y compris indemnités individuelles ou collectives)	\$			

\* Veuillez joindre une copie de l'avis d'autorisation ou de la lettre de refus.

\*\* Précisez l'assureur automobile, le numéro de la police et la personne-ressource.

\*\*\* L'assurance salaire signifie lorsque l'employeur continue de payer un salaire à l'employé en congé à cause d'une blessure ou d'une maladie.

Vous a-t-on refusé l'une des prestations indiquées ci-dessus à la section 4?  oui  non

Si oui, veuillez fournir les détails et la date d'appel, s'il y a lieu, ci-dessous.

Prestation	Date d'appel (jj/mm/aaaa)
Prestation	Date d'appel (jj/mm/aaaa)
Prestation	Date d'appel (jj/mm/aaaa)

### 5. Commentaires supplémentaires

## 6. Déclaration et autorisation

### Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

#### Collecte :

Je fais une demande d'indemnités pour invalidité à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) et je comprends que celle-ci aura besoin de mes renseignements médicaux, financiers, d'emploi ou de toute autre information me concernant afin d'évaluer ma demande d'indemnités et de l'administrer. J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels me concernant pertinents pour cette demande, directement ou par l'entremise de tiers.

J'autorise également toute personne ou organisation qui possède des renseignements essentiels à ma demande à les divulguer à l'Empire Vie. Parmi les personnes ou les organisations qui possèdent des renseignements essentiels à l'évaluation de ma demande, notons :

- les personnes agissant en mon nom, comme mon tuteur ou mon représentant juridique;
- mes employeurs actuels et précédents;
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé et praticiens;
- les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;
- les agences gouvernementales ou d'enquête;
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- MIB, LLC (un échange de données coopératif créé par le secteur de l'assurance vie et santé); et
- les tiers qui fournissent des services en lien avec mon régime d'assurance collective (par ex., paie, inscription, de détection de la fraude ou services de traitement des demandes de règlement).

J'autorise également l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels me concernant accessibles publiquement et/ou en ligne par le biais de sources tierces, telles des publications et des sites Web (incluant, sans s'y limiter, des sites Web d'actualité, de médias sociaux, des répertoires d'entreprises et des registres publics).

#### Utilisation :

J'autorise l'Empire Vie à conserver mes renseignements personnels en dossier et à les utiliser pour :

- évaluer, administrer, payer ma demande de règlement et effectuer des vérifications sur celle-ci, notamment vérifier l'exactitude des renseignements que j'ai fournis pour appuyer ma demande de règlement;
- mettre en place des programmes et procédures de gestion du risque afin de prévenir et détecter les paiements de prestations versés en excès, la fraude, les faux renseignements, les erreurs, les omissions, les fausses déclarations et/ou infraction aux lois;
- gérer les conditions de la police d'assurance collective et répondre aux exigences juridiques, réglementaires ou contractuelles;
- gérer les données internes aux fins d'analyse; et
- m'offrir des garanties et des services (incluant le service d'aide en matière de réadaptation et d'autres services conçus pour m'aider à effectuer un retour au travail). Si les indemnités pour invalidité en vertu de mon régime sont imposables, j'autorise l'Empire Vie à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration de revenus.

#### Accès et divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels dans ses dossiers;
- l'accès à mon dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants, aux réassureurs, aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie ainsi qu'aux personnes qui en ont besoin pour accomplir leurs fonctions et aux personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation d'y accéder. L'Empire Vie peut stocker mes renseignements personnels en dehors de ma province de résidence, mais à l'intérieur du Canada;
- l'Empire Vie peut également divulguer mes renseignements personnels à des organisations en dehors de ma province de résidence ou du Canada aux fins du traitement et du stockage de mes renseignements personnels. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces administrations, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de ces administrations dans certaines circonstances; et
- je peux obtenir une copie de la dernière version de la politique en matière de protection des renseignements personnels en visitant à <https://www.empire.ca/fr/group-privacy-information>. J'ai le droit de consulter mon dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Afin d'exercer mes droits, je dois envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8.

#### Autre :

Je comprends que :

- je dois promptement aviser l'Empire Vie si ma situation ou les renseignements que je lui ai fournis changent, y compris, sans s'y limiter, si mon état de santé s'améliore, si je retourne au travail (y compris le travail autonome), ou si je perçois toute prestation ou tout salaire d'une source tierce;
- l'Empire Vie prend au sérieux la soumission de demandes de règlement frauduleuses et vérifiera l'exactitude des renseignements que je fournis à l'appui de ma demande. Si l'Empire Vie soupçonne que ma demande de règlement est frauduleuse et/ou qu'elle a versé un montant excédentaire, elle pourrait transmettre de l'information concernant ma demande de règlement, sans m'en aviser, à toute organisation pertinente chargée de prévenir la fraude et/ou les paiements excédentaires et de réaliser des enquêtes. Ces organisations pourraient inclure mon employeur, des organismes de réglementation, des agences gouvernementales, d'autres assureurs et des firmes chargées de détecter les fraudes;
- si l'Empire Vie détermine de façon raisonnable que j'ai soumis ou laissé soumettre une demande de règlement incluant tout renseignement incorrect, inexact, incomplet ou trompeur essentiel à la demande de règlement, l'Empire Vie pourrait, à sa discrétion et sans avis préalable, annuler immédiatement tous mes droits et garanties en vertu de la police d'assurance collective; et

<b>6. Déclaration et autorisation (suite)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• si je reçois des paiements d'indemnités en excédent, l'Empire Vie pourrait divulguer mes coordonnées et mes renseignements financiers essentiels à un tiers, tel qu'une agence de recouvrement aux fins du recouvrement de tout paiement d'indemnités en excédent reçu de l'Empire Vie. L'Empire Vie se réserve le droit d'engager des poursuites pénales ou d'intenter des poursuites au civil à mon encontre.</li> </ul>	
<input type="radio"/> <b>Je confirme que les renseignements fournis dans ce formulaire et tout autre document justificatif, ainsi que toute déclaration verbale ou écrite que je fournirai à l'avenir, sont véridiques, exacts et complets à ma connaissance. Je comprends que ma demande de règlement ou ma protection pourrait être refusée ou annulée si je fournis des renseignements inexacts, incomplets ou trompeurs.</b>	
<b>Signature de l'employé(e)</b> <b>X</b>	Date (jj/mm/aaaa)
Signé à (ville et province)	
<b>Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.</b>	

**Veillez faire parvenir le présent formulaire à l'attention des :**

Règlements vie et invalidité

Solutions d'assurance collective

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

259, rue King Est

Kingston ON K7L 3A8

Numéro de téléphone : 1 800 267-0215

Numéro de télécopieur : 1 855 430-9455

Adresse de courriel : [grouplifeanddisability@empire.ca](mailto:grouplifeanddisability@empire.ca)