DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE À INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES (INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE) – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Pour assurer votre confidentialité, veuillez soumettre ce formulaire avec le formulaire GH-0054, **Demande de règlement pour invalidité de courte durée – Déclaration du médecin traitant**. Le formulaire GH-0052, **Demande de règlement d'assurance à indemnités hebdomadaires – Déclaration de l'employeur** peut être soumis séparément.

Effacer le formulaire

1.

Nom de l'employeur			Nos d'assurance collective, de division et de certificat
Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)			Numéro de téléphone
Adresse (numéro d'immeuble, rue)	Ville	Province	Code postal
Adresse de courriel personnelle	N° d'assurance sociale (requis seulement si les indemnités hebdomadaires sont imposables)		

2.

Date du dernier jour travaillé (jj/mm/aaaa)	Date à laquelle vous êtes devenu malade ou blessé (jj/mm/aaaa)	Date à laquelle vous retournez ou prévoyez retourner au travail (jj/mm/aaaa)

Cette demande de règlement découle-t-elle d'un accident ou d'une blessure? ◯ oui ◯ non Si « oui », veuillez remplir les sections ci-dessous. Si « non », veuillez passer à la section 3.

Une demande de règlement à ce sujet a-t-elle été effectuée auprès d'un autre assureur (par ex., assureur automobile, commission provinciale de la sécurité au travail)? ◯ oui ◯ non – Si « oui », veuillez préciser :

Nom de l'assureur

Nom de l'expert en assurance		Numéro de la demande de règlement
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse de courriel

Était-ce un accident/une blessure : ◯ automobile* ◯ professionnelle ◯ autre

Date de l'accident/la blessure (jj/mm/aaaa)	Heure de l'accident/la blessure

À quel endroit l'accident s'est-il produit? Veuillez fournir les détails de l'accident :

**** Si la blessure est attribuable à un accident automobile, veuillez fournir une copie du Rapport d'accident, véhicule automobile (A.V.A.) de la police.***

3.

Nom du médecin/de l'établissement consulté en premier			Date de la première consultation (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro d'immeuble, rue)			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Nom de tout autre fournisseur de soins			Date de la première consultation (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro d'immeuble, rue)			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

Veuillez décrire vos symptômes :

Empire Vie

4. Déclaration et autorisation

J'autorise :

- tout professionnel ou praticien de la santé, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou de répression des crimes et des infractions, les intermédiaires de marché, mon employeur actuel ou mes ex-employeurs (ou toute autre personne que j'ai indiquée à titre de référence), ainsi que tout autre organisme public ou privé détenant des renseignements à mon sujet (ou au sujet de mes enfants mineurs), incluant sans s'y limiter, tout renseignement médical, à fournir ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie), à ses réassureurs et à leurs mandataires respectifs et à les échanger pour (i) l'évaluation ou l'enquête relative à ma (mes) demande(s) de règlement; (ii) l'administration de la protection que je pourrais avoir avec l'Empire Vie, incluant tout service d'assistance en matière de réadaptation; ou (iii) la conformité aux exigences d'un audit;
- l'Empire Vie à transmettre mes coordonnées ainsi que toute information financière pertinente à un tiers (y compris, sans toutefois s'y limiter, une agence de recouvrement) et ce tiers à utiliser cette information aux fins du recouvrement de tout paiement d'indemnités en excédent reçu de l'Empire Vie; et
- l'Empire Vie à transmettre au titulaire de police/à l'administrateur du régime et agent attitré toute donnée statistique sur le groupe qui peut inclure de l'information sur les règlements effectués en mon nom, autre que des détails précis liés à mon état de santé.

Je consens :

- l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale, lorsque cela est nécessaire, aux fins de la déclaration des impôts.

Je comprends que :

- afin de préserver la nature confidentielle de mes renseignements personnels, l'Empire Vie établira un dossier dans lequel elle consignera l'information fournie dans la demande de règlement. Ce dossier a pour objet de permettre à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs mandataires respectifs d'évaluer, d'apprécier et d'administrer la demande de règlement. Le dossier sera conservé au bureau de l'Empire Vie et seuls les employés, les mandataires ou les agents de l'Empire Vie y auront accès pour l'exécution de leurs fonctions; et
- l'Empire Vie pourrait utiliser les services de tiers fournisseurs situés à l'extérieur du Canada pour traiter et conserver mes renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances; et
- Je peux consulter la version la plus récente de la politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie sur le site Internet de l'Empire Vie à www.empire.ca.

Je certifie que :

- les réponses données dans ce document et l'information contenue dans les autres documents à l'appui de la présente demande de règlement en vue d'obtenir des indemnités sont complètes, entières et véridiques.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé	**Date** (jj/mm/aaaa)
X	

Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :

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 sans frais : 1 800 267-0215
Numéro de télécopieur sans frais : 1 855 430-9455
Adresse de courriel : grouplifeanddisability@empire.ca

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Dans le présent formulaire, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin.

Information et consentement de l'employé - À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)				
Adresse (numéro d'immeuble et rue)		Ville	Province	Code postal
◯ Homme ◯ Femme	Taille	Poids	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone
Nom de l'employeur		N° de police d'assurance collective	N° de division	N° de certificat

J'autorise par les présentes la transmission de mes renseignements médicaux à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie et/ou à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement d'invalidité et de l'administration du régime d'assurance collective. Ces renseignements médicaux incluent, sans s'y limiter, des copies des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats d'analyses et des dossiers d'hôpital.
Je comprends que je peux mettre fin à ce consentement en tout temps, mais que mon consentement est nécessaire à l'évaluation de ma demande de règlement.
Je comprends que je dois assumer tous frais exigés pour faire remplir le présent formulaire.
Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.
Les renseignements médicaux ou sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

Signature de l'employé X	Date (jj/mm/aaaa)

Le patient est responsable de tous frais exigés pour faire remplir ce formulaire.

Déclaration du médecin traitant – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

- Si votre patient est retourné au travail ou s'il est prévu qu'il retourne au travail dans les 4 semaines suivant le dernier jour travaillé, veuillez remplir la **page 1 seulement** et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences estimées à plus de 4 semaines, veuillez **dûment** remplir les **pages 1 et 2**.

Diagnostic principal :		
Diagnostic secondaire et/ou complication(s) :		
Grossesse – date d'accouchement ou date prévue d'accouchement (jj/mm/aaaa)	Maladie/blessure professionnelle ◯ oui ◯ non Si « oui », indiquez la date de la maladie/blessure :	Accident de voiture ◯ oui ◯ non Si « oui », indiquez la date de l'accident :
Date de la première visite en lien avec cette condition (jj/mm/aaaa)	Date du premier jour d'absence en lien avec cette condition (jj/mm/aaaa)	
En lien avec cette condition, le patient a-t-il ◯ été hospitalisé ou ◯ subi une chirurgie?		
Nom de l'établissement	Date d'hospitalisation (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)
Si une chirurgie a été effectuée, veuillez indiquer la date (jj/mm/aaaa) _____ et fournir une description de la chirurgie :		
Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, psychothérapie, etc.)		
Pronostic – veuillez fournir un pronostic de guérison :		
Date prévue de retour au travail (jj/mm/aaaa)		

Empire Vie MD

Déclaration du médecin traitant (suite) – POUR LES ABSENCES ESTIMÉES À PLUS DE 4 SEMAINES

Le patient a-t-il déjà été traité pour cette condition ou pour une condition similaire dans le passé? ◯ oui ◯ non
Si « oui », veuillez indiquer la date et fournir des détails :

Veuillez décrire les symptômes courants du patient y compris les antécédents, la gravité et la fréquence :

Fréquence des visites ◯ hebdomadaire ◯ mensuelle ◯ autre _____

Le patient s'est-il vu recommander une chirurgie, des tests ou des consultations qui n'ont pas encore eu lieu? ◯ oui ◯ non
Si « oui », veuillez fournir des détails :

Veuillez joindre une copie de tout rapport de consultation et de résultat de test/d'examen pertinent, y compris les rapports de physiothérapie. Si aucun résultat de test n'est joint, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué.

Selon vos résultats et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives et/ou physiques du patient :

Veuillez indiquer toute complication ou autre condition qui a une incidence sur le niveau fonctionnel ou la période de guérison typique du patient :

Le patient adhère-t-il au programme de traitement recommandé? ◯ oui ◯ non

Avez-vous des inquiétudes sur la capacité du patient à gérer ses propres affaires? ◯ oui ◯ non

Veuillez fournir des commentaires et d'autres détails que vous jugez utiles :

Avis au médecin :
L'information contenue dans la présente déclaration sera conservée dans un dossier d'assurance vie, santé ou invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime. Le patient ou un tiers autorisé par la loi ou à qui l'accès a été accordé pourrait demander à consulter le dossier. En fournissant l'information, vous consentez à ce que celle-ci soit divulguée sans aucune modification.

Nom du médecin traitant (en lettres moulées)		Spécialité médicale certifiée	Sceau du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse de courriel	
Signature du médecin traitant X		Date (jj/mm/aaaa)	

Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :

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 sans frais : 1 800 267-0215
Numéro de télécopieur sans frais : 1 855 430-9455
Adresse de courriel : grouplifeanddisability@empire.ca

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Empire Vie MD