

Madame, Monsieur,

Voici la déclaration du demandeur et la déclaration du médecin traitant qui doivent être remplies pour soumettre une demande d'indemnité en vertu de votre Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie. Veuillez consulter votre police pour connaître le délai de carence et la période d'attente applicable avant de remplir ces formulaires.

Marche à suivre :

1. Déclaration du demandeur – à remplir par le demandeur (titulaire) et l'assuré

- Remplir la Déclaration du demandeur pour demander des indemnités mensuelles en vertu de la Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie (pages 1 à 3) et signer la section « Déclaration et autorisation » à la page 3.
- Répondre à chaque question de façon claire et complète. Si les renseignements sont incomplets, nous pourrions retourner la déclaration du demandeur pour qu'elle soit complétée, ce qui pourrait entraîner des délais dans le traitement de votre demande de règlement.
- Si un accident a causé la condition de l'assuré, veuillez inclure une copie du rapport de police ou du rapport d'accident.

2. Déclaration du médecin traitant – à remplir par le médecin traitant de l'assuré

- Demander au médecin traitant de l'assuré de remplir la déclaration du médecin traitant afin de demander une indemnité mensuelle en vertu de la Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie (pages 4 à 7).
- Ce formulaire doit être rempli par le médecin spécialiste ou le médecin de famille qui traite l'assuré pour la blessure ou la maladie.
- L'assuré est responsable de tous frais exigés par le spécialiste ou le médecin de famille pour faire remplir le présent formulaire.

Veuillez noter que nous pourrions demander des renseignements supplémentaires afin de réaliser notre évaluation. Si tel est le cas, nous vous informerons des renseignements supplémentaires dont nous avons besoin.

Veillez nous renvoyer les documents :

Par la poste : Empire Vie

Règlements, Marchés individuels
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

Par télécopieur : 1 800 419-4051

Par courriel : Numérisez les documents et envoyez-les à l'adresse individualclaims@empire.ca

Lorsque nous aurons reçu et évalué tous les renseignements, nous vous informerons de notre décision.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir les formulaires ou avez des questions, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle, au 1 800 561-1268.

Règlements, Marchés individuels



DÉCLARATION DU DEMANDEUR POUR L'INDEMNITÉ MENSUELLE EN VERTU DE LA PROTECTION CRÉDIT POUR INVALIDITÉ DE L'EMPIRE VIE

Veuillez répondre à toutes les questions pour éviter des délais dans le traitement de votre demande.

Le médecin qui traite le patient pour la blessure ou la maladie actuelle de l'assuré doit remplir la déclaration du médecin traitant.

Si la condition de l'assuré a été causée par un accident, veuillez inclure une copie du rapport de police ou du rapport d'accident.

Le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

L'assuré doit remplir les sections 1 à 7. Le demandeur (titulaire) doit remplir les sections 8 et 9.

1. Nom (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de police	
Adresse (numéro et rue)		Ville		Province Code postal
Êtes-vous un résident canadien ou un résident permanent du Canada? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Taille <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	
Numéro de téléphone au domicile	Numéro de téléphone cellulaire		Êtes-vous actuellement détenu dans un établissement carcéral ou tout autre établissement de détention gouvernemental? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Adresse de courriel (uniquement utilisée pour le traitement de cette demande de règlement. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec nous à individualclaims@empire.ca).				

2. Occupez-vous un emploi rémunéré? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Vous occupez un emploi rémunéré si, pendant au moins huit mois des 12 derniers mois, vous avez travaillé contre rémunération, salaire ou commissions, sur une base continue, au moins 20 heures par semaine. Si la réponse est « oui », veuillez remplir le reste de la section 2. Dans le cas contraire, passez à la section 3.			
Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur	Type d'entreprise
Emploi			Titre du poste
Adresse d'entreprise (numéro et rue)		Ville	Province Code postal

3. Renseignements sur la demande de règlement - Veuillez remplir la section A ou B, selon le cas. Tous les demandeurs doivent remplir la section C.			
A Date de blessure (jj/mm/aaaa)		Où et comment la blessure s'est-elle produite?	
Veuillez décrire votre blessure :			
B Date de maladie (jj/mm/aaaa)		Quand avez-vous remarqué ces symptômes pour la première fois?	
Quels ont été les premiers symptômes?			
C Date du premier traitement par un médecin (jj/mm/aaaa)		Avez-vous déjà souffert de la même blessure ou maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez indiquer quand.	
Date de dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)	Nombre d'heures travaillées _____ par jour _____ par semaine		Nombre de mois travaillés cette année
Décrivez les fonctions courantes que vous exercez au travail immédiatement avant votre blessure ou votre maladie :			
Avant votre arrêt de travail, avez-vous eu à changer de travail ou votre façon d'accomplir vos tâches à cause de cette blessure ou maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », veuillez préciser :			
Avez-vous déjà souffert de la même blessure ou maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Avez-vous envoyé ou avez-vous l'intention d'envoyer une demande d'indemnités à la CSST/ CSPAAT/CAT? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », inscrire le numéro de réclamation :	
Avez-vous travaillé contre rémunération ou comme bénévole depuis le début de votre blessure ou maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez préciser le moment et le type de travail réalisé :			

3. Renseignements sur la demande de règlement (suite)

C Avez-vous repris le travail? oui non - Si « oui », veuillez préciser :

À temps plein À temps partiel
 Heures modifiées

Nombre d'heures par semaine

Profession habituelle Autre profession

Si vous n'occupez pas un emploi rémunéré, êtes-vous en mesure d'occuper quelque fonction que ce soit malgré votre blessure ou votre maladie? Veuillez consulter la section 2 pour connaître la définition d'« emploi rémunéré ». oui non - Si « non », veuillez expliquer pourquoi :

4. Hospitalisation

Avez-vous été admis à l'hôpital à la suite de cette blessure ou maladie? oui non

Veuillez indiquer toutes les hospitalisations en lien avec votre blessure ou maladie actuelle et avec toute autre condition au cours des deux dernières années :

Nom complet et adresse de l'hôpital	Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date du congé (jj/mm/aaaa)

5. Professionnels de la santé

Veuillez 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, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé	Date de consultation (jj/mm/aaaa)	Raison (veuillez utiliser la section 6 ou joindre une autre page au formulaire si vous avez besoin de plus d'espace)

6. Commentaires supplémentaires

7. Autre assurance ou prestation couvrant les dettes admissibles

(le terme « dette admissible » est défini à la section 2 du formulaire *Preuve d'admissibilité de la dette* (INS-2944A)).

Une dette admissible est-elle couverte par toute autre assurance? oui non - Si « oui », veuillez préciser :

Nom de l'assureur

Numéro de police

Avez-vous demandé ou reçu des indemnités d'invalidité pour couvrir toute dette admissible? oui non
Si « oui », veuillez préciser :

Avez-vous demandé ou reçu toute autre indemnité d'invalidité? oui non - Si « oui », veuillez préciser :

Nom de l'assureur ou du fournisseur d'assurance collective

8. Dépôt direct - recevez le versement de l'indemnité mensuelle plus rapidement grâce au dépôt direct dans votre compte bancaire.

Veillez joindre un chèque annulé ou un formulaire d'autorisation de débits préautorisés (pré-imprimé) de votre institution financière selon votre situation (indiquez l'option qui s'applique) :

- Première demande pour un dépôt direct
- Changement des renseignements bancaires

Si votre demande d'indemnités est approuvée, les versements mensuels de l'indemnité doivent être déposés dans :

- le compte bancaire inscrit sur le chèque annulé ou sur le formulaire de DPA fourni, ou
- le même compte bancaire à partir duquel les primes pour la police précitée sont prélevées.

9. Information importante

AVIS CONCERNANT LA FRAUDE : Toute personne déposant sciemment une demande de règlement contenant toute information fausse ou trompeuse pourrait faire l'objet de sanctions civiles et/ou criminelles. De plus, si le proposant ou le demandeur présentait toute information fausse ou trompeuse importante liée à la demande de règlement ou à la proposition d'assurance, un assureur pourrait refuser la demande de règlement.

AVIS CONCERNANT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION : Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables dans le cadre d'une police/d'un contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débuté pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour l'Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces ou territoires).

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Afin de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire, l'Empire Vie établira un dossier contenant les renseignements fournis dans la demande de règlement. Le but de ce dossier est de permettre à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs agents d'évaluer la demande. Nous conserverons le dossier à nos bureaux et seuls les membres du personnel, les agents, les tiers fournisseurs de service et les représentants de l'Empire Vie y auront accès lorsque requis dans l'exécution de leurs fonctions. L'Empire Vie peut avoir recours à des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de vos 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. La plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels se trouve sur notre site au www.empire.ca.

10. Déclaration, attestation et autorisation

Je déclare que les réponses et les renseignements fournis dans les documents à l'appui de la présente demande d'indemnités sont exacts, véridiques et complets.

Je reconnais avoir lu et compris la section 9 - Information importante.

Je reconnais que l'Empire Vie ne confirme pas la validité de toute demande de règlement ni ne renonce à ses droits en faveur de toute demande de règlement découlant de la police en fournissant le présent formulaire, en évaluant la demande, ou en acceptant des preuves de demande de règlement.

J'autorise tout professionnel ou praticien de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur, MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels, les agences qui collectent les données relatives au risque et aux pertes, les organismes ayant pour but la prévention, la détection ou la répression des crimes ou des infractions à la loi, les intervenants du marché, mon employeur actuel ou mes anciens employeurs, et tout autre organisme public ou privé qui dispose de renseignements me concernant, y compris entre autres des renseignements médicaux, à fournir et à échanger ces renseignements avec l'Empire Vie, ses réassureurs et leurs agents respectifs dans le but d'évaluer ma demande de règlement et de mener toute enquête en lien avec ma demande de règlement sur une base continue.

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

Signature du demandeur (titulaire)

En signant ci-dessous, je confirme avoir lu, compris et accepté les énoncés contenus dans la section « Déclaration, attestation et autorisation ». Si le demandeur (titulaire) est également l'assuré et signe uniquement cette section, le demandeur (titulaire) signe également en tant qu'assuré.

Signature du demandeur (titulaire)

X

Signé à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'assuré (s'il n'est pas le demandeur (titulaire))

En signant ci-dessous, je confirme avoir lu, compris et accepté les énoncés contenus dans la section « Déclaration, attestation et autorisation ».

Signature de l'assuré

X

Signé à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT POUR L'INDEMNITÉ MENSUELLE EN VERTU DE LA PROTECTION CRÉDIT POUR INVALIDITÉ DE L'EMPIRE VIE

À remplir par le médecin qui traite le patient pour la blessure ou la maladie faisant l'objet de la demande d'indemnités d'invalidité.

Les signatures originales doivent être soumises à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie).

Le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Le patient est responsable des frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

1. À remplir par le patient (assuré)			
Nom du patient (prénom et nom de famille)		Numéro de police	
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Date de naissance (jj/mm/aaaa)		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation de divulgation de renseignements médicaux : J'autorise par les présentes mon médecin traitant à transmettre les renseignements médicaux à mon dossier à l'Empire Vie et/ou à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement d'invalidité en vertu de ma protection Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie. 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, mais excluent tout résultat de test génétique. • 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 les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire. • Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. 			
Signature du patient X		Fait à (ville et province)	Date du consentement (jj/mm/aaaa)

Le médecin traitant doit remplir les sections 2 à 13

2. Diagnostic			
Taille	<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi	Poids	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
		Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa)	Êtes-vous le médecin de famille? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Depuis combien de temps traitez-vous le patient?		Date du premier traitement pour la blessure ou la maladie actuelle (jj/mm/aaaa)	
Diagnostic principal			
Autre diagnostic et/ou complications			
Conditions associées pouvant prolonger l'invalidité			

3. Historique			
À votre connaissance, ce patient utilise-t-il des produits de tabac ou de nicotine? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu Si « oui », veuillez indiquer le type et la date du dernier usage :			
La condition du patient découle-t-elle d'un accident? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu			
Date de l'accident ou de la première apparition des symptômes (jj/mm/aaaa)	Date de la première consultation pour la condition actuelle (jj/mm/aaaa)	À quelle fréquence avez-vous vu le patient?	
Date à laquelle le patient a été considéré comme étant médicalement inapte au travail en raison de la condition actuelle (jj/mm/aaaa)	La condition du patient découle-t-elle d'une blessure ou d'une maladie liée à l'emploi? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu		
Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », veuillez donner des détails et indiquer les dates :			
Le permis de conduire du patient ou tout autre permis ou certification professionnel a-t-il été restreint ou révoqué en raison de la blessure ou de la maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Si « oui », veuillez préciser le type de permis	Catégorie de permis (s'il y a lieu)	Date de la restriction (jj/mm/aaaa)	

4. Symptômes

Symptômes subjectifs et gravité

Observations cliniques objectives et résultats significatifs d'examen (radiographies, tests de laboratoire, etc.)

Le patient est-il ou a-t-il été :

alité confiné à la maison hospitalisé

Si « oui », veuillez fournir les dates

La condition résulte-t-elle d'une grossesse?

oui non

Si « oui », quelle est la date prévue ou effective de l'accouchement? (jj/mm/aaaa)

5. Traitement

Traitement actuel (y compris posologie et fréquence de la médication, physiothérapie et opération chirurgicale)

Le patient suit-il le traitement recommandé? oui non - Si « non », veuillez préciser :

A-t-on déjà conseillé au patient de subir toute opération ou tout test, ou d'effectuer une consultation qui n'a pas encore eu lieu?

oui non - Si « non », veuillez préciser :

Le patient a-t-il déjà refusé un traitement ou un test recommandé? oui non - Si « oui », veuillez préciser :

Dressez la liste des autres praticiens que le patient a consultés ou auxquels il a été référé en raison de l'invalidité actuelle :

Nom	Spécialité	Adresse	Date (jj/mm/aaaa)

6. Pronostic

Quel est l'état du patient?

stabilisé en date du (jj/mm/aaaa) : _____ amélioré demeuré inchangé détérioré

Quel est votre pronostic de guérison?

Le patient a-t-il atteint l'état de santé optimal pour sa condition? oui non - Si « non », quand vous attendez-vous à ce que des changements importants dans l'état de santé du patient se produisent? 1-2 mois 3-4 mois 5-6 mois indéterminé jamais

Le patient serait-il un candidat potentiel pour des services de réadaptation médicale? oui non

Serait-il valable de recommander des conseils de réadaptation professionnelle? oui non

Quels facteurs limiteraient vraisemblablement l'efficacité de la réadaptation chez ce patient?

7. Programme de retour au travail

Veillez remplir cette section si le patient avait un emploi au moment de la maladie ou de la blessure.

Avez-vous discuté d'un programme de retour au travail avec ce patient? oui non

Si « oui », sur quelle base? À temps partiel, du _____ au _____

travail régulier travail adapté

Travail adapté à temps plein, du _____ au _____

Travail régulier à temps plein, retour le _____

Si un programme de retour au travail graduel est prévu, veuillez en fournir les détails :

Veillez remplir seulement les sections applicables au diagnostic principal ou aux conditions associées pour ce patient.

8. Limitations physiques ne s'appliquent pas

- Catégorie 1 – Aucune limite de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux lourds, aucune restriction (0 % à 10 %)
- Catégorie 2 – Légère restriction de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux légers et modérés (15 % à 30 %)
- Catégorie 3 – Restriction modérée de la capacité fonctionnelle, peut effectuer du travail de bureau/administratif (sédentaire) (35 % à 55 %)
- Catégorie 4 – Restriction marquée de capacité fonctionnelle, peut effectuer des tâches minimales (sédentaires) (60 % à 70 %)
- Catégorie 5 – Restriction importante de la capacité fonctionnelle, ne peut effectuer aucune tâche, si minime soit-elle (sédentaire) (75 % à 100 %)

Quelles sont les limitations? (se pencher, soulever, etc.)

Pour chacune des affirmations suivantes, cochez la ou les réponse(s) appropriée(s).

Le patient peut soulever : jusqu'à 10 lb jusqu'à 20 lb jusqu'à 50 lb jusqu'à 100 lb plus de 100 lb aucune charge

Le patient peut fréquemment soulever/transporter : jusqu'à 10 lb jusqu'à 25 lb jusqu'à 50 lb plus de 50 lb aucune charge

Le patient peut :

Grimper Se mettre à genou Se pencher S'étirer Ramper S'accroupir Entendre Serrer Garder son équilibre

9. Limitations cardiaques ne s'appliquent pas

Quelle était la tension artérielle du patient lors de la dernière visite?	Systolique	Diastolique
---	------------	-------------

Quelle est la capacité fonctionnelle du cœur du patient? (selon les définitions de l'American Heart Association) :

- Catégorie 1 (aucune limitation) Catégorie 2 (limitation légère)
- Catégorie 3 (limitation marquée) Catégorie 4 (limitation totale)

10. Limitations psychologiques/psychiatriques ne s'appliquent pas

Quels symptômes indiquent l'existence chez le patient d'une limitation mentale?

De quelle façon les limitations psychologiques/psychiatriques du patient ont un effet sur sa capacité à travailler?

Dans quelle mesure la condition actuelle est-elle liée à la situation que le patient vit à la maison? Veuillez préciser :

L'état du patient est-il lié à une insatisfaction ou à des difficultés au travail? Si « oui », veuillez préciser :

A-t-il été référé en psychiatrie? Si « oui », veuillez préciser :

Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) en fonction du DSM-5?

Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et d'en utiliser le profit à bon escient? oui non

Si « non », depuis quelle date? (jj/mm/aaaa)

11. Limitations visuelles ne s'appliquent pas

Quelle était la vue du patient lors de son dernier examen?	O.D.	O.S.
Avec des verres		
Sans verres		

La vue du patient peut-elle être améliorée en tout ou en partie par :

O.D.	<input type="radio"/> Verres <input type="radio"/> Traitement <input type="radio"/> Opération <input type="radio"/> Aucune amélioration possible
O.S.	<input type="radio"/> Verres <input type="radio"/> Traitement <input type="radio"/> Opération <input type="radio"/> Aucune amélioration possible

Veuillez indiquer la nature du traitement et la date prévue d'opération, s'il y a lieu :

12. Commentaires supplémentaires

13. Médecin traitant

L'information contenue dans la présente déclaration sera conservée dans un dossier par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le patient ou des tiers autorisés par la loi ou à qui l'accès a été accordé pourraient demander à consulter le dossier. En fournissant cette information, je consens à ce que les renseignements contenus dans ce document soient divulgués à de telles personnes sans aucune modification.

Nom du médecin traitant (en lettres moulées)			Spécialité
Adresse (numéro et rue)			Numéro de téléphone
Ville	Province	Code postal	Numéro de télécopieur
Signature du médecin traitant X			Date (jj/mm/aaaa)