

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.

I. N° de police d'assurance collective		N° de division d'assurance collective	N° de certificat	
Nom (prénom, second prénom, nom de famille)			Numéro de téléphone	
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Code postal
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	NAS (au besoin)	Taille (cm/pieds)	Poids (kg/lbs)
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?

Date de votre dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____ Date du premier traitement par un médecin (jj/mm/aaaa) _____

Avez-vous déjà souffert de la même blessure ou maladie? oui non - Si oui, veuillez nous indiquer quand :

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? oui non - Si oui, veuillez préciser :

Votre blessure ou votre maladie limite-t-elle vos activités quotidiennes (tâches ménagères, besoins personnels, activités sociales)?
 oui non - Si oui, veuillez préciser :

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

Avez-vous envoyé ou avez-vous l'intention d'envoyer une demande d'indemnités à la CSST/CSPAAT/CAT? oui non

Avez-vous travaillé contre rémunération ou comme bénévole depuis le début de votre blessure ou maladie? oui non
Si oui, veuillez préciser le moment et le type de travail réalisé :

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

À temps partiel de (jj/mm/aaaa) _____ à (jj/mm/aaaa) _____ tâches régulières ou modifiées

À temps plein de (jj/mm/aaaa) _____ à (jj/mm/aaaa) _____ tâches régulières ou modifiées

3. Hospitalisation

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

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

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

4. Professionnels de la santé

Veillez indiquer tous les professionnels de la santé (par 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 8 ou joindre une autre page au formulaire si vous avez besoin de plus d'espace)

5. Éducation et formation

Niveau de scolarité le plus élevé atteint au :

Primaire

Secondaire

Cégep ou collège

Type de diplôme ou de certificat

Université

Diplôme

Spécialisation

Quel autre type d'études officielles avez-vous faites? (par ex., cours du soir, cours au cégep, séminaires, etc.)

Quelles étaient les responsabilités du travail que vous occupiez juste avant votre blessure ou votre maladie?

Quel autre type d'emploi avez-vous occupé pendant votre carrière? (veuillez utiliser la section 8 ou joindre une autre page au formulaire si vous avez besoin de plus d'espace)

1. Titre du poste

Entreprise

Dates (jj/mm/aaaa)

Tâches

2. Titre du poste

Entreprise

Dates (jj/mm/aaaa)

Tâches

5. Éducation et formation (suite)

Quelle autre formation pratique avez-vous reçue?	Entreprise	Dates (jj/mm/aaaa)
Veuillez indiquer toute étude, formation, expérience de travail ou tout programme d'apprentissage qui ne sont pas inclus ci-dessus :		Terminé le (jj/mm/aaaa)
Permis de conduire : catégorie	Restrictions	
Permis spéciaux ou mentions (y compris permis professionnels) :		
Type	Catégorie	Restrictions
Type	Catégorie	Restrictions

6. Action en justice

Entamez-vous une poursuite judiciaire contre un tiers à cause de votre blessure ou maladie? oui non
Si oui, veuillez préciser ce qui suit :

a) Nom, adresse et numéro de téléphone de votre représentant juridique :

b) Nom du tiers impliqué, de son assureur et numéro de police :

c) Nom, numéro d'insigne et numéro de division de l'enquêteur :

Veuillez joindre une copie complète du rapport officiel de police ou du rapport de l'incident qui indique que des accusations ont été portées et contre qui elles ont été portées.

7. Autres revenus

Veuillez cocher toute autre prestation de revenu que vous avez demandée, recevez ou vous attendez de recevoir à la suite de votre blessure ou maladie et remplir les champs requis.

	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)	\$			

* Vous trouverez ci-joint 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 7? 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)

8. Commentaires supplémentaires

9. 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 tout autre information me concernant afin d'évaluer ma demande d'indemnités et de l'administrer. J'autorise l'Empire Vie à recueillir mes renseignements personnels essentiels à ma demande d'indemnités. J'autorise également toute personne ou organisation qui possède des renseignements essentiels à ma demande de 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, telles que 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 ou tout autre agence similaire qui m'a fourni des services;
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- le Bureau de renseignements médicaux (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 ou services de traitement des demandes de règlement).

Utilisation :

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

- étudier, évaluer et payer ma demande de règlement; 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.

Divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels dans ses dossiers;
- les représentants autorisés de l'Empire Vie et ses réassureurs auront accès à mon dossier, aux fins mentionnées ci-dessus;
- l'Empire Vie fournit l'accès à mon dossier de temps à autre à ses auditeurs à des fins d'évaluation des pratiques liées aux réclamations;
- dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collection, l'utilisation, la divulgation et la conservation de mes renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins mentionnées ci-dessus;
- l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de 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 accéder à la plus récente version de la politique de l'Empire Vie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site de l'Empire Vie à www.empire.ca.

Autre :

Je comprends que :

- si l'Empire Vie soupçonne une fraude et/ou un abus des garanties en lien avec ma demande de règlement, elle pourrait recueillir et utiliser les renseignements personnels en lien avec ma demande afin de les divulguer à toute organisation appropriée à des fins d'enquête et de prévenir la fraude et/ou l'abus des garanties du régime. Mon employeur, les autorités de réglementation, les organismes gouvernementaux et tout autre assureur peuvent faire partie de ces organisations;
- 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.

J'atteste que les renseignements contenus dans ce document et d'autres documents appuyant ma demande sont véridiques et complets.

Signature de l'employé(e)

X

Signé à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

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

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

Règlements vie et invalidité
Solutions de la 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