

# DÉCLARATION D'INVALIDITÉ DU DEMANDEUR

Veillez écrire lisiblement en lettres moulées et répondre entièrement à toutes les questions.

## Il faut soumettre les signatures originales à l'Empire Vie

Les formulaires incomplets peuvent retarder le traitement de la demande de règlement. La Déclaration du médecin traitant (C-0022) dûment remplie par le médecin traitant de l'assuré doit accompagner la Déclaration d'invalidité du demandeur. Si la condition de l'assuré résulte d'un accident, veuillez joindre une copie du rapport de police ou d'accident.

L'assuré est responsable de tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

1.	Nom de l'assuré (prénom, second prénom, nom de famille)			Numéro(s) de police/contrat		
	Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	
	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Numéro d'assurance sociale	<input type="radio"/> homme <input type="radio"/> femme	N° de téléphone à la maison		
2.	Occupation		Nom de l'employeur		Type d'entreprise	
	Tâches habituelles			Gains dans l'année précédant immédiatement l'invalidité \$		
	Adresse d'affaires (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	
3.	<b>Renseignements sur la demande de règlement</b> Veuillez remplir les sections A ou B, et C					
	A	Date de la blessure (jj/mmm/aa)	Où et comment la blessure s'est-elle produite?			
		Quels ont été vos premiers symptômes?				
	B	Date de la maladie (jj/mmm/aa)	Quels ont été vos premiers symptômes?			
		Quand avez-vous remarqué ces symptômes pour la première fois?				
	C	Dernière journée travaillée (jj/mmm/aa)	Date à laquelle vous avez été traité la première fois par un médecin pour cette condition (jj/mmm/aa)	Avez-vous déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », quand?		
		Avant que vous ne cessiez de travailler, votre condition nécessitait-elle une modification de vos tâches ou de la façon dont vous accomplissiez vos tâches? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez préciser :				
	Vos activités quotidiennes (tâches domestiques, besoins personnels, activités sociales) sont-elles limitées par votre blessure/maladie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », veuillez préciser :					
	Votre condition est-elle liée à votre emploi? <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? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si « oui », demande n° :			
	Avez-vous effectué du travail contre rémunération ou sur une base volontaire depuis le début de votre invalidité totale? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez préciser :					
Êtes-vous retourné au travail? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez préciser :			<input type="radio"/> À temps plein <input type="radio"/> À temps partiel <input type="radio"/> Tâches modifiées		Heures par semaine :	
			<input type="radio"/> Occupation habituelle <input type="radio"/> Autre occupation			

**4. Information sur le traitement**

Veillez dresser la liste de tous les médecins consultés et de toutes vos hospitalisations pour la présente invalidité et toute autre condition au cours des 5 dernières années.

Nom du médecin, de l'hôpital ou de l'institution	Adresse	Date (jj/mmm/aa)	Raison

**5. Études et formation**

Quel est votre plus haut niveau d'études terminées?	Type de diplôme/certificat	Diplôme universitaire/majeure
---	----------------------------	-------------------------------

Quelles autres études officielles avez-vous faites? (par exemple, cours du soir, collèges, séminaires, etc.)

Veillez dresser la liste des autres postes que vous avez occupés et de votre expérience de travail antérieure.

Titre du poste	Entreprise	Dates (mm/aa à mm/aa)	Tâches

Indiquez toute formation pratique, toute forme d'études, tout programme d'apprentissage et toute autre formation que vous avez reçus.

Date d'obtention (jj/mm/aa)	Entreprise	Type de formation

Numéro de permis de conduire	Catégorie	Restrictions
------------------------------	-----------	--------------

Permis ou titres spéciaux : (y compris permis professionnels)

Type	Catégorie	Restrictions
------	-----------	--------------

## 6. Autres revenus

Veillez indiquer si vous avez fait une demande de prestations, recevez des prestations ou comptez en recevoir en raison de votre invalidité.

Prestation	Demandée	Reçue	Nom de la compagnie	Numéro de police	Personne-ressource	Numéro de téléphone
Assurance salaire/ Paie de maladie						
Assurance automobile (incluant sans égard à la faute)						
CSST/CSPAAT						
Invalité RPC/RRQ						
Assurance emploi						
Retraite ou pension						
Autres (incluant tout régime individuel ou collectif)						

## 7. Commentaires additionnels

## 8. Déclaration et autorisation

### J'autorise :

- tout professionnel ou praticien des services de santé, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou 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 personnels à mon sujet, incluant notamment tout renseignement médical, à fournir ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie), à ses réassureurs et à leurs mandataires respectifs, ainsi qu'à les échanger, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute demande de règlement sur une base continue, incluant tout service d'assistance en matière de réadaptation.

### 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 la demande de règlement. Le dossier sera conservé aux bureaux de l'Empire Vie et seuls ses employés, agents ou représentants 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 mes renseignements personnels. Je peux accéder à la plus récente version de la politique de l'Empire Vie en matière de protection des renseignements personnel en consultant le site Internet de l'Empire Vie à l'adresse [www.empire.ca](http://www.empire.ca).
- Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables conformément au contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débutée pendant le délai prévu par la Loi sur les assurances ou par toute autre législation applicable.

### Je certifie que :

- les réponses données et l'information comprise dans les autres documents à l'appui de la demande d'indemnités sont complètes, entières et véridiques.

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

Signature du demandeur

X

Fait à (ville et province)

Date (jj/mmm/aa)