

PREUVE RÉITÉRÉE D'INVALIDITÉ TOTALE – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veuillez 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 du demandeur doit accompagner la Déclaration du demandeur.

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

1. Nom (prénom, second prénom, nom de famille)		Numéro(s) de police	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province
<input type="radio"/> homme <input type="radio"/> femme	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (jj/mmm/aa)	N° de téléphone à la maison
2. Nom de l'employeur		Adresse d'affaires (numéro et rue)	
Ville	Province	Code postal	Date à laquelle la maladie a commencé ou la blessure s'est produite (jj/mmm/aa)
Nature de la maladie ou de la blessure (si elle résulte d'un accident, veuillez préciser où et comment il s'est produit)			
Détails relatifs à l'emploi au moment de l'invalidité <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Sans emploi			
Depuis le début de votre invalidité, avez-vous été <input type="radio"/> confiné à la maison <input type="radio"/> alité <input type="radio"/> hospitalisé - date (jj/mmm/aa):			
Nom et adresse de l'hôpital			
Veuillez donner les dates respectives auxquelles vous avez été complètement incapable d'effectuer ce qui suit :			
		Du (jj/mmm/aa)	Au (jj/mmm/aa)
Toutes les fonctions se rattachant à votre emploi			
Tout travail contre rémunération ou profit			
Êtes-vous actuellement totalement invalide et incapable d'occuper tout emploi? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		À quelle date vous attendez-vous à retourner au travail? (jj/mmm/aa)	
3. Veuillez dresser la liste de tous les médecins et spécialistes consultés ou qui vous ont soigné(e) pendant votre invalidité.			
Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Dates (mm/aa à mm/aa)	Raison ou traitement
4. Veuillez dresser la liste de tous les soins médicaux que vous avez reçus au cours des 2 dernières années.			
Nom du médecin, du conseiller médical ou de l'hôpital	Adresse	Dates (mm/aa à mm/aa)	Raison ou traitement

5.	Veuillez dresser la liste de toutes les autres prestations en cas d'accident ou de maladie que vous recevez en raison de votre invalidité.		
	Compagnie/organisation/gouvernement	Durée des prestations	Montant des prestations
			\$
			\$
			\$

6.	Si la blessure est attribuable à un accident de véhicule automobile, veuillez donner le montant des prestations pour temps perdu aux termes de votre assurance automobile?		\$
	Nom de la compagnie d'assurance automobile		
	Soumettez-vous une demande d'indemnisation en vertu d'une loi sur les accidents du travail? (par ex. CSST/CSPAAT, RPC/RRQ, CAE, etc.)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	Dans l'affirmative, quel est le numéro de la demande d'indemnisation?	Prestation <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> mensuelle	\$

7. Déclaration et autorisation			
<p>Afin de préserver la nature confidentielle de vos renseignements personnels, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (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 à nos bureaux et seuls les employés, les mandataires ou les agents de l'Empire Vie y auront accès lorsque requis dans l'exécution de leurs fonctions.</p> <p>Je comprends que 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 personnels en consultant le site Internet de l'Empire Vie à l'adresse www.empire.ca.</p> <p>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.</p> <p>Je, soussigné(e), autorise l'Empire Vie, ses réassureurs et leurs mandataires respectifs à obtenir et à échanger tout renseignement personnel sur moi ou sur n'importe lequel de mes enfants de moins de 18 ans avec tout médecin autorisé, médecin-praticien, établissement hospitalier, clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institut ou personne détenant un dossier ou des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé et celui de n'importe lequel de mes enfants de moins de 18 ans.</p> <p>Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.</p>			
<table border="1"> <tr> <td>Signature de l'assuré X</td> <td>Fait à (Ville et province)</td> <td>Date (jj/mmm/aa)</td> </tr> </table>	Signature de l'assuré X	Fait à (Ville et province)	Date (jj/mmm/aa)
Signature de l'assuré X	Fait à (Ville et province)	Date (jj/mmm/aa)	

En fournissant ce formulaire de demande de règlement ou d'autres formulaires au demandeur, l'Empire Vie n'assume aucune responsabilité et ne renonce à aucun de ses droits.