

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE À INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

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

1.	Nom de l'employeur		N ^{os} d'assurance collective, de division et de certificat		
	Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)				
	Adresse (numéro d'immeuble, rue)		Ville	Province	Code postal
	Numéro de téléphone		N ^o 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? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 : <input type="radio"/> automobile* <input type="radio"/> professionnelle <input type="radio"/> 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 :			

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

X

Date (jj/mm/aaaa)

Veillez envoyer le présent formulaire à sherwinwilliamsclaims@empire.ca