

DEMANDE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – Formulaire du participant

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Code d'utilisateur GPM	N° de groupe

1- Renseignements sur le participant

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, nous avons également besoin de la Déclaration de l'employeur ainsi que de la Déclaration du médecin traitant.

Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont à votre charge.

Si les prestations d'invalidité versées au titre du régime sont imposables, le numéro d'assurance sociale doit être fourni en vue de l'établissement des feuillets fiscaux.

Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement	
Ville		Province	Code postal
Adresse électronique		Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone		Titre du poste	

2- Renseignements sur votre maladie ou blessure

Quelle est la date de votre dernier jour de travail à temps plein ?	(jj-mm-aaaa)
Veuillez inscrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et en quoi celle-ci vous empêche de travailler.	
Décrivez les symptômes qui vous rendent incapable de travailler:	

3- Invalidité attribuable à un accident

Votre invalidité est-elle attribuable à un accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, indiquer la date, l'heure et le lieu.)		
Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu

4- Autres sources de revenu

Veuillez indiquer toute somme que vous recevez actuellement ou que vous prévoyez recevoir chaque semaine ou chaque mois des sources ci-après. Certaines de ces sommes seront peut-être prises en compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de courte durée.			
Source	Avez-vous présenté une demande ?	Montant	Fréquence de paiement
Prestation d'une autre assurance invalidité		\$	Par semaine
Prestation de la CNESST		\$	Par semaine
Prestation d'assurance emploi		\$	Par semaine
Prestations de la S.A.A.Q.		\$	Par semaine
Prestation du RRQ / RPC		\$	Par mois
Prestation d'un régime de retraite		\$	Par semaine
Tout autre revenu		\$	Par semaine

Déclaration et autorisation

Je certifie que les renseignements énoncés dans le présent formulaire sont exacts. J'autorise Groupe Premier Médical Inc. à utiliser mon numéro d'assurance sociale. J'autorise toute personne physique ou morale qui possède des renseignements personnels pertinents à mon sujet, notamment mon employeur, les professionnels de la santé, mon médecin traitant, les établissements médicaux, les assureurs, et les personnes qui accomplissent des services pour le compte de Groupe Premier Médical Inc. à partager les renseignements qui sont nécessaires aux activités de tarification, de gestion et aux paiements des demandes de règlement. J'autorise Groupe Premier Médical Inc. à transmettre à mon assureur d'invalidité de longue durée tout renseignement relatif à mon absence pour assurer la transition de mon dossier à mon régime d'invalidité de longue durée. Je conviens que je suis responsable de conserver les documents originaux relatifs à ma réclamation d'invalidité de courte durée. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant :

Date (jj-mm-aaaa) :