

La présente demande dûment remplie est nécessaire à l'évaluation de l'admissibilité aux prestations. **Le présent formulaire doit être rempli en entier et remis à la Great-West dans les cinq jours suivant le début de l'invalidité.** Conformément aux Normes de confidentialité de la Great-West et aux lois applicables, le travailleur peut avoir accès aux renseignements personnels contenus dans son dossier. Il est important que vous sachiez que le travailleur pourrait consulter toute information que vous nous fournissez à l'égard de la présente demande de règlement.

**Assurez-vous que toutes les parties des deux pages sont dûment remplies, puisque l'évaluation de la demande de règlement sera retardée s'il manque des renseignements.**

**Un certificat médical doit être annexé au présent formulaire. Le travailleur doit glisser le certificat médical dans une enveloppe avant de l'annexer au formulaire ou de le remettre à l'employeur pour qu'il l'annexe au formulaire.**

**L'employeur doit remplir les sections A, B et C ainsi que la Déclaration.**

**La demande d'autorisation à la page 2 doit être signée par le travailleur.**

**A. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR**

Nom de l'employeur et personne-ressource		Numéro de régime		
Adresse : Numéro et rue		C. P.	Ville	Province
				Code postal

**B. IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR**

Nom : Prénom	Initiale	Nom de famille	Numéro d'identification du salarié	Date de naissance
--------------	----------	----------------	------------------------------------	-------------------

**C. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI**

Date d'arrivée au Canada (JJ/MM/AA) _____		Dernier jour de travail (JJ/MM/AA) _____		
Raison de l'absence <input type="checkbox"/> Maladie ou blessure accidentelle non liée au travail <input type="checkbox"/> Maladie ou blessure accidentelle liée au travail				
Le travailleur est-il retourné au travail?		Dans la négative, une date de retour au travail est-elle prévue?		Date de départ prévue du Canada?
<input type="checkbox"/> Oui _____ (JJ/MM/AA) <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui _____ (JJ/MM/AA) <input type="checkbox"/> Non		_____ (JJ/MM/AA)

Veillez indiquer la rémunération hebdomadaire moyenne du travailleur au cours des quatre semaines précédentes. Si le travailleur a été rémunéré pendant moins de quatre semaines, veuillez indiquer sa rémunération hebdomadaire moyenne pendant toute la période antérieure à son dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ \$

**Veillez joindre une copie des feuilles de paye du travailleur pour cette période.**

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

Veillez nous faire part de tout autre renseignement que vous jugez pertinent à l'évaluation de la présente demande de règlement du travailleur.

**DÉCLARATION**

PAR LES PRÉSENTES, JE DÉCLARE QUE LES RÉPONSES AUX QUESTIONS CI-DESSUS SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

Signature autorisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

En signant le présent formulaire, vous autorisez la Great-West à divulguer vos renseignements personnels aux fins de l'évaluation de votre demande de règlement. L'utilisation de vos renseignements personnels est assujettie aux Normes de confidentialité de la Great-West et aux lois applicables.

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont consignés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent aussi être de nature médicale ou psychiatrique. La Great-West peut faire appel à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels dans votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous utilisons ces renseignements personnels pour enquêter sur votre ou vos demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer toute protection que vous pouvez détenir auprès de la Great-West et administrer le régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

J'ai lu et je comprends la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, ou avec ceux précités, à échanger les renseignements personnels nécessaires et pertinents, au besoin, afin d'enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer toute protection que je peux détenir auprès de la Great-West, administrer le régime collectif ou effectuer des évaluations indépendantes;
- la Great-West à échanger mes renseignements personnels avec mon employeur, le répondant du régime ou le gestionnaire du régime lorsque cela s'impose afin de discuter de réadaptation et de la planification de mon retour au travail.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer toute protection que je peux détenir auprès de la Great-West et administrer le régime collectif. Je reconnais également que mon consentement permet à la Great-West de traiter ma ou mes demandes de règlement et que refuser mon consentement peut retarder leur traitement ou entraîner leur refus.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Sauf aux fins de vérification, les autorisations demeureront valides tant que ma demande de prestations n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je les révoque. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente Déclaration et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou entrevue téléphonique en ce qui concerne ma ou mes demandes de prestations d'invalidité sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute indemnisation approuvée.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_