

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

INSTRUCTIONS

- 1. REMPLIR LE FORMULAIRE.** Si les prestations d'invalidité versées au titre du régime sont imposables vous devez fournir votre numéro d'assurance sociale en vue de l'établissement des feuillets fiscaux.
- 2. ATTACHER LES FORMULAIRES REQUIS.** Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, nous avons également besoin du Formulaire de l'employeur et du Formulaire du médecin traitant. (Les frais engagés pour les renseignements fournis sont à votre charge.)
- 3. SIGNER LE FORMULAIRE.**

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom(s) de famille du participant	Prénom(s) du participant	Date de naissance (j/m/a)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (N° civique et rue)		Appartement
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Adresse de courriel du participant	Genre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Titre du poste		N° d'assurance sociale
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Renseignements sur votre maladie ou blessure

Date du dernier jour de travail à temps plein (j/m/a)	<input type="text"/>
Veillez 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 :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Invalidité attribuable à un accident

Votre invalidité est-elle attribuable à un accident ? Non Oui » SVP remplir : DATE (j/m/a) HEURE LIEU

Prestations et autres sources de revenu

Veillez 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	Montant (\$)	Fréquence de paiement	Source	Montant (\$)	Fréquence de paiement
Autre assurance invalidité	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>		RRQ / RPC	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>	
CNESST	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>		Régime de retraite	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>	
Assurance emploi	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>		Tout autre revenu	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>	
S.A.A.Q.	<input type="radio"/> Oui : <input type="text"/>				

DÉCLARATION ET AUTORISATION

En soumettant votre demande, vous confirmez que les informations fournies sont exactes, précises et véritables. Toute information fautive pourra résulter en un rejet de votre demande de règlement. Vous autorisez GPM et ses mandataires à : (i) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus; (ii) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (iii) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels vous concernant ou concernant les personnes visées à votre demande, nécessaires à sa vérification diligente. Notez que nous partagerons toute information relative à une fausse déclaration ou demande frauduleuse aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. Vous acceptez aussi que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumises pour la vérification de votre demande et notre enquête. J'autorise GPM 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 GPM à partager les renseignements qui sont nécessaires aux activités de tarification, de gestion et aux paiements des demandes de règlement. J'autorise GPM 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 (j/m/aaaa)