

Demande de prestations d'invalidité de courte durée – Programme des travailleurs étrangers temporaires

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 Cigna dans les cinq jours suivant le début de l'invalidité.** Conformément aux Normes de confidentialité d'CI-GNA 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 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 manqué 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/M/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? <input type="checkbox"/> Oui _____ (JJ/MM/AA) <input type="checkbox"/> Non	Dans la négative, une date de retour au travail est-elle prévue? <input type="checkbox"/> Oui _____ (JJ/MM/AA) <input type="checkbox"/> Non	Date de départ prévue du Canada? _____ (JJ/MM/AA)
Veuillez 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 la période antérieure à son dernier jour de travail : _____ \$		
Veuillez joindre une copie des feuilles de paye du travailleur pour cette période.		

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	
Veuillez 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 CIGNA 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 CIGNA et aux lois applicables.

À **Cigna**, 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 d'CIGNA ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent aussi être de nature médicale ou psychiatrique. CIGNA 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 d'CIGNA 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 d'CIGNA et administrer le régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité où si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y comprise n ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité d'CIGNA ou consultez l'adresse www.cigna.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 :

- Cigna, 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 CIGNA, 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 d'CIGNA, administrer le régime collectif ou effectuer des évaluations indépendantes;
- Cigna 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 d'CIGNA et administrer le régime collectif. Je reconnais également que mon consentement permet à CIGNA 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 prestation 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 : _____