

# Formulaire de réclamation – Indemnité hebdomadaire

Compagnie/ Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Ce formulaire doit être soumis dans les plus brefs délais après la période d'attente. Veuillez écrire clairement. Veuillez aviser BENEPLAN ou demander à votre employeur d'aviser BENEPLAN dès votre retour au travail.

L'employé doit remplir entièrement les sections suivantes : DECLARATION DE L'EMPLOYÉ et DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT : Le médecin traitant de l'employé doit remplir la section suivante : DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT ; Merci de soumettre le formulaire dûment complété à votre employeur afin qu'il puisse compléter la section DECLARATION DE L'EMPLOYEUR. Une fois toutes les sections remplies, merci d'adresser le formulaire à :

**Par la poste**

Formulaire de réclamation -  
Indemnité hebdomadaire  
Beneplan Inc.  
500 Ferrand Drive, Suite #150  
Toronto, ON M3C 3E5

**Par courriel**

[claims@beneplan.ca](mailto:claims@beneplan.ca)

**Par télécopieur**

416-863-5157

<b>Déclaration de l'employé :</b>		Adresse complète :		
Nom complet :		Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de certificat :				
Date de naissance (dd/mm/yyyy) :	Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro d'assurance sociale :	Téléphone : Courriel :	
Poste :		Description du poste : (inclure les exigences physiques, p. ex. lever des charges lourdes ...)		
(A REMPLIR SI L'INVALIDITE RESULTE D'UN ACCIDENT)		Heure de l'accident ? (maison, travail, autre, préciser ...)		
Date de l'accident (dd/mm/yyyy): Heure de l'accident : <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm				

Décrivez brièvement la nature de votre invalidité ou de votre accident :

**A REMPLIR SI L'ACCIDENT IMPLIQUE UN VEHICULE**

Province du lieu de l'accident :

Avez-vous perçu ou demandé des prestations d'invalidité auprès d'une compagnie d'assurance automobile ? oui/non

Si oui, quel montant avez-vous reçu par semaine ?

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont exactes. Je déclare autoriser tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou autre établissement de santé ou personne détenant des renseignements médicaux me concernant à transmettre ces renseignements à BENEPLAN, administrateur pour mon employeur.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour l'administration et la fiscalité des prestations payables. J'autorise BENEPLAN à prélever l'impôt sur les montants payables, conformément au formulaire TD1 déposé auprès de mon employeur.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

**Déclaration de l'employeur**

(à remplir par l'employeur après que l'employé a rempli sa section)

Salaire hebdomadaire de l'employé : \$

Heures travaillées par semaine :

Dernière journée travaillée avant l'invalidité :

Moyenne d'heures hebdomadaires : travaillées au cours des 20 dernières semaines :

À votre connaissance, l'invalidité est-elle liée au travail de l'employé ?

Oui  Non

L'employé est-il couvert par la CNESST (ou équivalent) ?

Oui  Non

Une réclamation à la CNESST a-t-elle été faite ou sera-t-elle déposée ?

Oui  Non

Y a-t-il à votre connaissance une raison qui pourrait justifier le refus d'indemnisation ?	A remplir seulement si l'avantage est imposable : Montant personnel de base selon le TD1 :
Autre commentaire ?	<input type="checkbox"/> Fédéral \$ <input type="checkbox"/> Provincial \$
SIGNATURE AU NOM DE L'EMPLOYEUR : (Merci d'écrire clairement) Nom : Signature : _____ Poste/ Titre : _____	Date (dd/mm/yyyy) : Téléphone : Télécopieur :

#### DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT

##### AUTORISATION DE L'EMPLOYE

L'employé autorise la transmission à BENEPLAN, administrateur pour le compte de l'employeur, de toute information médicale pertinente à la présente réclamation.

Nom complet de l'employé : \_\_\_\_\_ Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

<b><u>RENSEIGNEMENTS DU MEDECIN TRAITANT</u></b>		Adresse complète : Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Diagnostic principal :		
Conditions supplémentaires pouvant affecter la capacité du requérant :		
Selon vos connaissances, à quelle date les symptômes sont-ils apparus ? Le requérant a-t-il déjà présenté des symptômes similaires ? oui / non Si oui, date de début ?		
L'état actuel du requérant résulte-t-il de son travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non précisez si nécessaire		Si la requérante est enceinte, veuillez indiquer la date provisoire d'accouchement
Date d'hospitalisation : Nature du traitement : Date prévue de congé ;		
Êtes-vous le médecin traitant principal ? Si non, indiquez le nom du médecin traitant principal		Si vous avez orienté le requérant vers un spécialiste, veuillez indiquer son : Nom : _____ Téléphone : _____
Date de la première visite en lien avec la condition liée à cette réclamation :	Date de la dernière visite :	Date de la prochaine visite et fréquence prévue :
Décrivez comment, selon vos connaissances, l'état du patient affecte sa capacité de travail (limitations, contraintes, etc ...)		
Si le requérant ne peut effectuer son travail habituel, peut-il effectuer un travail plus léger ? Si oui, décrivez :		Date prévue de retour au travail normal :

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts. Je comprends que tous les frais pour remplir ce formulaire sont à la charge du requérant.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Numéro de permis du médecin (CPSO ou équivalent) : \_\_\_\_\_