



AUTORISATIONS DE L'EMPLOYÉ

GESTION DES ABSENCES POUR RAISON DE SANTÉ AU COURS DU DÉLAI DE CARENCE

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE EN VERTU DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS ET RETRAITÉS DU MOUVEMENT DESJARDINS

A - IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'employé		Date de naissance AAAA MM JJ		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal
N° de téléphone (rés.) ()	N° de contrat	N° de certificat	Date du début de l'absence AAAA MM JJ	

B - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), les mandataires désignés par celle-ci et votre conseiller en gestion de la santé de la Fédération des caisses Desjardins du Québec traitent de façon confidentielle les renseignements personnels qu'ils possèdent sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF, de ses mandataires désignés et par votre conseiller en gestion de la santé de la Fédération qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'une des adresses suivantes : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2; Groupe Plexo, 5199, rue Sherbrooke Est, bureau 2771, Montréal (Québec) H1T 3X2; Groupe Réadaptation Optima, 7647, rue Saint-Hubert, Montréal (Québec) H2R 2N7, ou à votre conseiller en gestion de la santé de la Fédération attitré à votre dossier, par télécopieur, au numéro 1 866 838-7581. DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

C - AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - À remplir à chaque demande.

Dans le cadre de la gestion de mon invalidité actuelle, laquelle a pour objectif l'analyse et le règlement de ma demande de prestations ainsi que la prise en charge positive de mon invalidité au moyen d'interventions favorisant mon retour à la santé et au travail, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), et ses mandataires désignés; les groupes Plexo et Réadaptation Optima ou tout autre mandataire : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes employeurs, de mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération attitré à mon dossier d'invalidité; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'ils détiennent à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'ils détiendraient déjà et dont l'objet est accompli. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

DATE :

D - DÉLÉGATION DE PAIEMENT

L'employé accepte la délégation de paiement. En conséquence, l'employeur versera à l'employé les prestations d'assurance salaire de courte durée qui pourraient lui être payables en vertu de cette demande seulement. À cette fin, l'employé autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), à verser à l'employeur toutes prestations qui pourraient être payables en vertu de cette demande seulement. L'employeur effectuera des retenues d'impôt à la source et produira les feuillets T4-A et Relevé 1 à l'égard des prestations d'assurance salaire qu'il aura versées à l'employé.

Le fait d'accepter la délégation de paiement n'affecte d'aucune façon la durée des prestations versées par l'assureur. Dans l'éventualité du non-paiement par DSF, l'employé autorise l'employeur à déduire de son salaire, selon des modalités à préciser, les montants qui pourraient lui être payés en trop par l'employeur. Cette délégation de paiement peut être révoquée en tout temps par l'employé en avisant DSF par écrit. Cette délégation prendra fin lors du décès de l'employé, ou de son interdiction ou de sa faillite, ou de la faillite de l'employeur.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

DATE :

E - AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DONNÉE AU(X) CONSEILLER(S) EN GESTION DE LA SANTÉ MANDATÉ(S) POUR ME SOUTENIR

Dans le cadre du programme de gestion de l'invalidité, lequel a comme objectif la prise en charge positive des invalidités en mettant en place une série d'interventions favorisant le retour à la santé et au travail, je mandate mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération qui est attitré à mon dossier d'invalidité pour me soutenir dans mes démarches auprès de l'assureur ou de mon employeur tout au long de la gestion de mon invalidité actuelle. À cette fin, j'autorise mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération à recueillir auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), et de ses mandataires désignés; les groupes Plexo et Réadaptation Optima ou tout autre mandataire, copies des documents contenus à mon dossier pour la présente invalidité, y compris toutes expertises et rapports médicaux. J'autorise par le fait même DSF, ses mandataires et mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération, à communiquer entre eux, les renseignements confidentiels relatifs à mon dossier d'invalidité, conformément aux lois sur la protection des renseignements personnels.

DSF et ses mandataires désignés pourront communiquer à mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération tous les renseignements contenus à mon dossier d'invalidité tant que je ne l'aurai pas avisé par écrit de la révocation du mandat de mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération.

Je comprends que cette autorisation a pour but de permettre une intervention rapide de mon conseiller en gestion de la santé de la Fédération pour me soutenir dans ma demande de prestations et la mise en place de toute mesure qui pourrait faciliter mon retour à la santé.

Je comprends également que cette autorisation est facultative et n'est pas reliée à l'analyse de ma demande de prestations chez DSF.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

DATE :