

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Médecin de premier recours (obligatoire)

Prénom du médecin	Initiale du 2 ^e prénom	Nom de famille du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone du médecin	Télécopieur	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du cabinet	Bureau	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ville	État	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spécialité		
<input type="text"/>		

5 Renseignements médicaux **Tous les autres médecins consultés pour ce problème de santé** (veuillez joindre une annexe supplémentaire au besoin)

Prénom du médecin	Nom de famille du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spécialité	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom du médecin	Nom de famille du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spécialité	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom du médecin	Nom de famille du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spécialité	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quel problème de santé vous empêche-t-il de travailler?

Comment ce problème de santé perturbe-t-il votre capacité à effectuer votre travail?

 Ce problème de santé a-t-il déjà nécessité une hospitalisation? Oui Non Hospitalisation Soins externes

En cas d'hospitalisation, veuillez préciser les dates (AAAA MM JJ)

Du	Au
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous êtes enceinte :

Date estimée de l'accouchement (AAAA MM JJ) Date réelle de l'accouchement (AAAA MM JJ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nom de votre compagnie d'assurance maladie

Numéro de téléphone

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Dates de couverture



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 Renseignements sur les autres revenus et l'indemnité pour accident du travail

À quels autres revenus votre invalidité vous donne-t-elle droit? Veuillez compléter le tableau ci-dessous. Autres exemples de types de revenus (liste non exhaustive) : rentes d'invalidité individuelles, congés payés pour raisons familiales, paiements au titre de la responsabilité civile des automobilistes non assurés, prestations d'assurance chômage, tout autre revenu.

Veuillez envoyer des copies de toute lettre ou de tout avis d'approbation ou de refus de prestations. Veuillez répondre par « oui » ou « non » pour chaque source de revenus énumérée ci-dessous.

Source	Demande introduite		Montant	Périodicité	Date de début des prestations	Date de fin des prestations
	Oui	Non				
Maintien de salaire/ Indemnité de maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Rentes d'invalidité d'État	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Indemnité pour accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Assurance de la responsabilité automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Rentes d'invalidité versées par une autre compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Pension/retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		
Autre revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Chaque mois		

Avez-vous reçu ou recevez-vous un paiement forfaitaire de l'une quelconque des sources énumérées ci-dessus? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom, l'adresse, le numéro de téléphone des intervenants (compagnie d'assurance ayant versé une indemnité pour accident du travail, compagnie d'assurance automobile, administrateur de régime de retraite ou avocat ou mandataire)

Occupez-vous actuellement un poste quelconque? Oui Non Si oui, veuillez expliquer _____

Votre invalidité provient-elle de l'un ou plusieurs des éléments suivants (sélectionner tous les éléments applicables)? Maladie Maternité Accident de véhicule Autre accident Glissade, faux pas ou chute Accident ou maladie du travail

7 Renoncez à la correspondance papier.

Le site Web de Prudential vous permet de revoir rapidement et en toute sécurité l'état de votre demande de règlement et d'afficher ou d'imprimer toute la correspondance s'y rapportant. Par la même occasion, votre boîte aux lettres sera moins remplie!

Nous vous recommandons vivement d'éviter la correspondance papier : c'est une bonne solution pour votre boîte aux lettres et l'environnement. Ce faisant, vous pourrez facilement consulter vos documents sur le Web tout en arrêtant de recevoir de la correspondance papier. Vous serez averti(e) par courriel dès que de nouveaux documents seront disponibles. Vous pouvez changer d'avis à tout moment sur le site Web. Veuillez sélectionner votre préférence ci-dessous :

- Oui, veuillez m'envoyer le lien par courriel pour recevoir les documents en ligne.**
 Une autre solution consiste à consulter vous-même le site www.prudential.com/mybenefits. Après votre inscription, connectez-vous à votre compte, allez sur « My profile » (mon profil), faites défiler l'écran jusqu'à la section « e-Delivery Consent » (consentement aux remises électroniques), et sélectionnez la case « I agree » (je suis d'accord) pour recevoir vos documents par voie électronique.
- Non, je préfère recevoir ma correspondance par la poste



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8
**Numéro
d'identification
fiscale
et attestation**

Prudential a besoin de votre numéro d'identification fiscale. Il s'agit soit de votre numéro de sécurité sociale, soit de votre numéro d'identification d'employeur. Si vous :

- êtes une personne physique, votre numéro d'identification fiscale est votre numéro de sécurité sociale;
- représentez une fiducie ou une succession, le numéro d'identification fiscale est le numéro d'identification d'employeur de celle-ci;
- représentez un mineur, veuillez fournir le numéro de sécurité sociale du mineur;
- avez introduit une demande de numéro d'identification fiscale, veuillez inscrire « demande introduite » dans l'espace prévu à cet effet.

ATTESTATION CONCERNANT LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE/LE FORMULAIRE W-9 :

Sous peine de parjure, j'atteste que le numéro affiché sur ce formulaire est mon numéro d'identification fiscale correct (numéro de sécurité sociale). J'atteste en outre que l'état de citoyenneté ou de résidence que j'ai indiqué sur ce formulaire est correct à mon égard. Je ne suis pas assujetti(e) à des retenues fiscales, car a) l'Internal Revenue Service (IRS) m'a averti(e) que je suis assujetti(e) à des retenues d'impôt de réserve, b) l'IRS m'a indiqué que je ne suis plus assujetti(e) à une retenue d'impôt de réserve, ou c) je suis exonéré(e) de retenue d'impôt de réserve. Je suis dispensé(e) de l'exigence de produire une déclaration en vertu de la Loi FATCA.

**Numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification
fiscale du bénéficiaire**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sélectionnez toutes les cases applicables.

- L'Internal Revenue Service m'a averti(e) que je suis assujetti(e) à une retenue d'impôt de réserve du fait d'intérêts ou de dividendes sous-déclarés.**
- Je suis assujetti(e) à l'exigence de produire une déclaration en vertu de la Loi FATCA.**
- Si je ne suis pas une personne américaine (y compris un résident étranger), je présente le formulaire W-8 applicable (BEN, BEN-E, ECI, EXP ou IMY).**

Date de signature (AAAA MM JJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

X

Signature



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9
**Avis sur
la fraude**

RÉSIDENTS DE FLORIDE – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de léser, de frauder ou de tromper un assureur, soumet une déclaration de sinistre ou une demande contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un délit du troisième degré.

RÉSIDENTS DE L'ÉTAT DE NEW YORK – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder un assureur ou une autre personne, soumet une demande d'assurance ou de règlement contenant des renseignements substantiellement faux, ou dissimule, dans le but de tromper, des renseignements contenant tout fait qui leur est pertinent, commet un acte d'assurance frauduleux, et par là même un crime, et sera passible d'une pénalité civile ne dépassant pas cinq mille dollars américains et la valeur indiquée de la demande de règlement en réparation de chaque violation.

J'ai lu et compris les modalités et exigences des avertissements concernant la fraude figurant dans le présent formulaire. Je certifie que les déclarations ci-dessus sont exactes.

Signature de la personne présentant
la demande de règlement

X

Date (AAAA MM JJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pour les résidents de tous les États et territoires à l'exception de l'Alabama, de l'Alaska, de l'Arizona, de l'Arkansas, de la Californie, de la Caroline du Nord, du Colorado, du Delaware, du District de Columbia, de la Floride, de l'Idaho, de l'Indiana, du Kentucky, de la Louisiane, du Maine, du Maryland, du Minnesota, du New Hampshire, du New Jersey, de l'État de New York, du Nouveau-Mexique, de l'Ohio, de l'Oklahoma, de l'Oregon, de la Pennsylvanie, de Puerto Rico, de Rhode Island, du Tennessee, du Texas, de l'Utah, du Vermont, de la Virginie, de la Virginie-Occidentale et de l'État de Washington; AVERTISSEMENT – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, ou en sachant qu'elle facilite un acte de fraude, soumet des faits ou renseignements incomplets, faux, frauduleux, trompeurs ou mensongers lors du dépôt d'une proposition d'assurance ou d'une demande de règlement en vue du remboursement d'une perte ou du paiement d'une prestation commet un acte d'assurance frauduleux, est ou peut être coupable d'un crime et peut être poursuivie et punie en vertu des lois d'un État. Les pénalités peuvent comprendre des amendes, des réparations civiles et des sanctions pénales, y compris l'emprisonnement. De plus, un assureur peut refuser les prestations d'assurance si de faux renseignements importants liés à une demande de règlement ont été fournis par le demandeur ou la demandeuse ou si le demandeur ou la demandeuse cache, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant des faits pertinents.

RÉSIDENTS DE L'ALABAMA – Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente une demande de règlement fautive ou frauduleuse en vue du remboursement d'une perte ou du paiement d'une prestation ou présente des renseignements faux dans le cadre d'une demande d'assurance est coupable d'un crime et passible d'amendes de restitution ou d'emprisonnement, ou d'une combinaison de ce qui précède.

RÉSIDENTS DE L'ALASKA – Une personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance, dépose une demande de règlement contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs peut être poursuivie en vertu de la loi de l'État.

RÉSIDENTS DE L'ARIZONA – Pour votre protection, la loi de l'Arizona exige que la déclaration suivante figure sur le présent formulaire. Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente une demande de règlement en vue du remboursement d'une perte qui est fautive ou frauduleuse est passible de sanctions pénales et civiles.

RÉSIDENTS DE L'ARKANSAS, DU DISTRICT DE COLUMBIA, DE LA LOUISIANE, DU MASSACHUSETTS, DE RHODE ISLAND ET DE LA VIRGINIE-OCCIDENTALE – Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente une demande de règlement fautive ou frauduleuse en vue du remboursement d'une perte ou du paiement d'une prestation ou présente des renseignements faux dans le cadre d'une demande d'assurance est coupable d'un crime et passible d'amendes ou d'emprisonnement.

RÉSIDENTS DE LA CALIFORNIE ET DU TEXAS – Pour votre protection, les lois de la Californie et du Texas exigent que les renseignements suivants figurent sur le présent formulaire. Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente des renseignements faux ou frauduleux pour obtenir ou modifier une couverture d'assurance ou pour présenter une demande de règlement en vue du remboursement d'une perte est coupable d'un crime et est passible d'amendes et d'emprisonnement dans l'État.

RÉSIDENTS DU COLORADO – Il est illégal de fournir en toute connaissance de cause des faits ou des renseignements faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder ou de tenter de frauder la compagnie. Les sanctions peuvent comprendre l'emprisonnement, des amendes, le refus d'assurance et des réparations civiles. Toute compagnie d'assurance ou tout agent d'une compagnie d'assurance qui fournit en toute connaissance de cause des faits ou des renseignements faux, incomplets ou trompeurs à un ou une titulaire d'assurance ou à une personne présentant une demande de règlement dans le but de frauder ou de tenter de frauder le ou la titulaire d'assurance ou la personne présentant une demande de règlement en ce qui concerne un règlement ou une décision payable sur le produit de l'assurance doivent être signalés au Department of Regulatory Agencies.

RÉSIDENTS DU DELAWARE – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper un assureur, dépose une demande de règlement contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs se rend coupable d'un crime.



RÉSIDENTS DE L'IDAHO – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance, soumet une déclaration contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est coupable d'un crime.

RÉSIDENTS DE L'INDIANA – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder un assureur, soumet une demande de règlement contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs commet un crime.

RÉSIDENTS DU KENTUCKY – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance contenant des renseignements substantiellement faux ou dissimule des renseignements concernant tout fait substantiellement connexe à cet égard dans un but trompeur commet un acte d'assurance frauduleux, et par là même un crime.

RÉSIDENTS DU MAINE, DU TENNESSEE, DE LA VIRGINIE ET DE L'ÉTAT DE WASHINGTON – Fournir en toute connaissance de cause des renseignements faux, incomplets ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de la frauder constitue un crime. Les sanctions comprennent l'emprisonnement, des amendes et le refus de prestations d'assurance.

RÉSIDENTS DU MARYLAND – Toute personne qui, en toute connaissance de cause ou volontairement, présente une demande de règlement fausse ou frauduleuse en vue du remboursement d'une perte ou du paiement d'une prestation ou présente des renseignements faux dans le cadre d'une demande d'assurance est coupable d'un crime et passible d'amendes ou d'emprisonnement.

RÉSIDENTS DU MINNESOTA – Toute personne qui présente une demande de règlement dans l'intention de frauder ou qui aide à commettre une fraude à l'encontre d'un assureur est coupable d'un crime.

RÉSIDENTS DU NEW HAMPSHIRE – Toute personne qui, dans le but de léser, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance, présente une demande de règlement contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs est passible de poursuites judiciaires et de sanctions pour fraude à l'assurance, conformément à la loi RSA 638.20.

RÉSIDENTS DU NEW JERSEY – Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente une demande d'assurance contenant des renseignements faux ou trompeurs est passible de sanctions pénales et civiles.

RÉSIDENTS DU NOUVEAU-MEXIQUE – TOUTE PERSONNE QUI, EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE, PRÉSENTE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT FAUSSE OU FRAUDULEUSE EN VUE DU REMBOURSEMENT D'UNE PERTE OU DU PAIEMENT D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PASSIBLE D'AMENDES CIVILES ET DE SANCTIONS PÉNALES.

RÉSIDENTS DE LA CAROLINE DU NORD – Toute personne qui, dans l'intention de léser, de frauder ou de tromper un assureur ou toute personne qui présente une demande de règlement au titre d'une assurance, sachant que la déclaration contient des renseignements faux ou trompeurs au sujet d'un fait ou d'une matière importante pour la demande de règlement peut être coupable d'un acte délictueux de catégorie H.

RÉSIDENTS DE L'OHIO – Toute personne qui, avec l'intention de frauder ou en sachant qu'elle facilite une fraude à l'encontre d'un assureur, présente une demande d'assurance ou dépose une demande de règlement contenant une déclaration fausse ou trompeuse est coupable de fraude à l'assurance.

RÉSIDENTS DE L'OKLAHOMA – AVERTISSEMENT : Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de nuire, de frauder ou de tromper un assureur, présente une demande de règlement au titre d'une police d'assurance contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, est coupable d'un crime.

RÉSIDENTS DE L'OREGON – Toute personne qui, avec l'intention de frauder ou en sachant qu'elle facilite une fraude à l'encontre d'une compagnie d'assurance, présente une demande d'assurance ou dépose une demande de règlement contenant une déclaration fausse ou trompeuse est coupable de fraude à l'assurance.

RÉSIDENTS DE LA PENNSYLVANIE et DE L'UTAH – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder toute compagnie d'assurance ou toute autre personne, soumet une demande d'assurance ou de règlement contenant des renseignements substantiellement faux ou dissimule des renseignements concernant tout fait substantiellement connexe à cet égard dans un but trompeur commet un acte d'assurance frauduleux, et par là même un crime et est passible de sanctions pénales et civiles.

RÉSIDENTS DE PORTO RICO – Toute personne qui, en toute connaissance de cause et dans l'intention de frauder, présente une demande d'assurance contenant de faux renseignements, ou présente une demande de règlement frauduleuse ou aide ou entraîne la présentation d'une telle demande en vue du remboursement d'une perte ou du paiement d'une prestation, ou présente plusieurs demandes de règlement pour le même dommage ou la même perte commet un acte délictueux et, dès la condamnation, est passible pour chaque infraction de sanctions prenant la forme soit d'une amende comprise entre cinq mille dollars américains (5 000 \$ US) minimums et dix mille dollars américains (10 000 \$ US) maximums, soit d'une peine d'emprisonnement ferme de trois (3) ans, ou les deux sanctions. En cas de circonstances aggravantes, la pénalité ainsi établie pourra être prolongée jusqu'à un maximum de cinq (5) ans; en cas de circonstances atténuantes, elle pourra être raccourcie jusqu'à un minimum de deux (2) ans.

RÉSIDENTS DU VERMONT – Toute personne qui, en toute connaissance de cause, présente une demande de règlement fausse ou frauduleuse ou qui fait sciemment une fausse déclaration dans une demande d'assurance peut se rendre coupable d'une infraction pénale en vertu des lois de l'État.

