

**NOTICE OF HORSE-RELATED ACCIDENT CLAIM
DÉCLARATION D'ACCIDENT RELIÉ À L'INDUSTRIE DES CHEVAUX**

#33337

Last Name/ Nom de famille		Given Name/ Prénom		Membership No./ No. d'adhérent	Date of Birth / Date de Naissance Year/ Année Month/ Mois Day/ Jour
Address/ Adresse		City/ Ville	Province	Postal Code/Code postal	Telephone (Res.) / Téléphone (résidence) () -
Licence Category Catégorie de licence		<input type="checkbox"/> Driver Conducteur	<input type="checkbox"/> Trainer Entraîneur	<input type="checkbox"/> Groom Palefrenier	<input type="checkbox"/> Official Officiel
Do you regularly work within Horse Industry? Travaillez-vous régulièrement pour le compte de l'industrie des chevaux?		<input type="checkbox"/> Year-round / À l'année <input type="checkbox"/> Seasonal / Saisonnier		How many hours do you normally work each week within the horse industry? Combien d'heures travaillez-vous pendant une semaine normale dans l'industrie des chevaux? _____ Hours/Heures	
What are your normal duties? En quoi consistent vos tâches normales? _____					
Are you employed elsewhere outside Horse Industry? / Travaillez-vous ailleurs que dans l'industrie des chevaux? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Full-time / Temps plein <input type="checkbox"/> Part-time / Temps partiel				Are you self-employed outside Horse Industry? / Êtes-vous un travailleur indépendant pour le compte d'une autre industrie? <input type="checkbox"/> Yes, what industry? Oui. Laquelle? <input type="checkbox"/> No/ Non	
If yes, give name of Employer/ Dans l'affirmative, indiquez le nom de cet employeur.			Position/ Fonction		

Date of Accident / Date de l'accident	Year/Année	Month/Mois	Day/Jour
Date you last worked before your accident / Date de votre dernière journée travaillée précédant l'accident.			
When do you expect to return to work? / Quand prévoyez-vous retourner au travail?			
Where did the accident take place? Où l'accident est-il arrivé?	Name of horse(s) involved in the accident Nom du/des chevaux impliqué(s) dans l'accident		
What injuries did you receive? Décrivez la nature de vos blessures. _____			
Describe how the accident happened (use additional paper if necessary.) Décrivez les circonstances de l'accident. (Si nécessaire, utilisez une feuille séparée.)			

Give name and address of any witnesses to the accident.			Donnez les nom et adresse de toute personne ayant été témoin de l'accident :		
Name / Nom	Address / Adresse		Telephone / Téléphone		
1)			() -		
2)			() -		

**HORSE-RELATED EMPLOYMENT – If you are self-employed, answer Section A & C. If you are employed by someone else, answer Section B & C.
EMPLOI RELIÉ À L'INDUSTRIE DES CHEVAUX – Si vous êtes un travailleur indépendant, remplissez les Sections A & C. Si vous travaillez pour le compte de quelqu'un d'autre, remplissez les Sections B & C.**

A Section A – Self employed (Answer all questions if applicable.) Section A – Indépendant (Répondez à toutes les questions pertinentes.)				B Section B – Employed by someone else Section B – À l'emploi de quelqu'un d'autre						
Name of horses you train for yourself / Nom des chevaux que vous entraînez à votre compte				Name of Employer Nom de l'employeur						
Name of horse / Nom du cheval	Age	Name of horse / Nom du cheval	Age	Address of Employer Son adresse		Employer's Telephone / Téléphone de l'employeur				
1)		2)		() -		Weekly Earnings Gains hebdomadaires \$				
Name of horses you train for someone else Nom des chevaux que vous entraînez pour quelqu'un d'autre				How long employed? À son emploi depuis combien de temps? _____ Years/Années _____ Months/Mois						
Name of horse / Nom du cheval	Age	Name of owner / Nom du propriétaire								
1)										
2)										
C Have you applied for, or are you receiving the following: Avez-vous demandé ou recevez-vous l'un des revenus suivants :				I have applied J'ai demandé Yes/Oui No/Non	I am receiving Je reçois Yes/Oui No/Non	Amount Montant				
				- Canada/Quebec Pension Plan / Prestations du RPC ou du RRC						
				- Worker's Compensation Board Benefits (or similar plan) / Prestations en vertu d'une loi sur les accidents de travail						
				- Automobile Insurance Benefits / Indemnité d'une assurance automobile						
- Horse-related Employment Income / Autre revenu provenant d'un emploi relié à l'industrie des chevaux										

I hereby certify that all information provided on this claim is true and that any false answers or statements made by me may result in full suspension of my membership and subject to any further actions provided by the Rules and Regulations and/or By-Laws of Standardbred Canada. I hereby grant my permission to the Insurer and/or Standardbred Canada to verify information from the Employer, Witnesses and Owners listed on the claim.

Je certifie par la présente, que les renseignements contenus dans cette demande de prestation d'invalidité sont véridiques et je reconnais que toute fausse déclaration ou réponse de ma part peut entraîner une suspension complète de mon adhésion et être assujettie à toute autre disposition prévue dans les Lois, Règlements et dispositions réglementaires de Standardbred Canada. J'autorise par la présente, l'assureur et/ou Standardbred Canada à vérifier ces renseignements auprès de l'employeur, des témoins et propriétaires mentionnés dans cette réclamation.

Signature _____ Date _____

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

#33337

This is not a request for examination but for information taken from your chart. The patient is responsible for securing this form and any changes for its completion.

La présente ne constitue pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements tirés de votre dossier médical. Le patient est responsable de la présentation de ce formulaire ainsi que des frais exigibles à cet égard, le cas échéant.

1.	Name of patient Nom du patient										
2.	To the best of my knowledge the accident date was Au meilleur de ma connaissance, la date de l'accident est	Year/Année _____	Month/Mois _____	Day/Jour _____							
3.	Accidental details: Détails de l'accident :										
4.	Diagnosis and description of injuries sustained Description des blessures et diagnostic										
5.	Additional conditions which might affect this disability Y a-t-il d'autres affections qui pourraient influencer sur cette incapacité?										
6.	Was the patient hospitalised? Le patient a-t-il été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non	If yes, name of hospital & date of admission Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'hôpital.				Date of admission: Date d'admission : _____			
7.	If surgery was or will be performed, describe. Si une intervention chirurgicale a dû ou devra être pratiquée, veuillez en faire la description.										
8.	Has the patient had the same or similar condition? If Yes, state when and describe. Le patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre? Dans l'affirmative, précisez-en la date et le diagnostic.						<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non			
9.	Please attach a copy of your clinical notes relating to this period of disability. Veuillez annexer une copie de votre dossier clinique relativement à cette période d'invalidité, y compris les résultats de tests et rapports de consultation.						Year Année	Month Mois	Day Jour		
						First Initiale				Last Dernière	
10.	Number of visits/ treatments to date: Nombre de visites/traitements à ce jour:										
11.	To the best of my knowledge, the patient has been totally disabled (unable to work) À ma connaissance, le patient a été frappé d'incapacité totale (inapte au travail)					From Du				To Au	
12.	If still disabled, give the approximate date the patient should be able to return to work Si encore inapte, veuillez indiquer la date approximative d'un retour au travail.										
13.	Is the patient capable of some type of work? Le patient est-il capable d'accomplir certaines tâches?					From Du				To Au	
14.	What is the current treatment regimen? (drugs, physio, other and progress) Quel est le traitement prescrit présentement ? (Médicaments, posologie, physiothérapie, autres traitements et progrès)										

Name of Physician (please print) Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	
Specialty Spécialité	
Telephone Téléphone	Fax Télécopieur :
Address (number, street, city, province & postal code) Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal)	
Physician's signature Signature du médecin	Date



Short Term Disability Income Benefits For Horse – Related Accident

This guide contains the forms you need to apply for disability benefits and some important information about the claim process.

These forms should be submitted within thirty days of the onset of your disability. Your notice form, and any other correspondence you may wish to provide about your claim, should be submitted to Standardbred Canada.

1. Notice of Horse-related Accident Claim

The Notice of Claim asks general information about you, your job and the nature of your disability for the purpose of assessing your claim. Please complete all questions on this form.

2. Authorization Request

The insurer, Great-West Life, needs your permission to obtain information that will help them to assess your claim. By signing this authorization request, you give Great-West Life permission to obtain this information from Standardbred Canada, your doctor, your employer, other insurers and hospitals where you received treatment.

3. Attending Physician's Report

Ask you doctor to complete this form. It requests general information about your condition.

Assurance invalidité de courte durée - Accidents liés à l'industrie des chevaux

Le présent guide contient les formulaires à remplir pour demander des prestations d'invalidité, et certains renseignements importants sur le règlement des demandes.

Ces formulaires doivent être présentés dans les 30 jours suivant le début de l'invalidité. Vous devez présenter votre déclaration d'accident ainsi que tout autre document pertinent au sujet de votre demande d'indemnisation au bureau de gestion de l'assurance invalidité de Standardbred Canada.

1. Déclaration d'accident

La déclaration d'accident contient les renseignements généraux sur vous, votre travail et la nature de votre invalidité nécessaires à l'évaluation de votre demande. Veuillez répondre à toutes les questions.

2. Demande d'autorisation

Nous avons besoin de votre permission pour obtenir les renseignements qui nous aideront dans l'évaluation de votre demande. En signant ce formulaire, vous autorisez la Great-West à obtenir ces renseignements de Standardbred Canada, votre médecin, votre employeur, d'autres assureurs et hôpitaux où vous avez reçu des soins.

3. Déclaration du médecin traitant

Demandez à votre médecin de remplir ce formulaire donnant les renseignements généraux sur votre état de santé.

Claim Process

Submit your claim to :
Standardbred Canada
Attention: Insurance Department
 2150 Meadowvale Blvd.,
 Mississauga, ON L5N 6R6.

PROCÉDURE DE PRÉSENTATION DE VOTRE DEMANDE

Présentez votre demande à :
Standardbred Canada
À l'attention du : Service des assurances
 2150 Meadowvale Blvd.,
 Mississauga, ON L5N 6R6.

Standardbred Canada will confirm your membership and licence status and forward the completed forms to Great-West Life.

Great-West Life will assess your claim when it receives these completed forms from you, your doctor and Standardbred Canada. Great-West Life will notify you promptly if you are eligible for disability benefits and explain any limitations that may apply.

Note: For the duration of your claim for benefits, it is your responsibility to notify Great-West Life of any horse-related work performed, whether or not you have received a wage or remuneration, or any employment income paid to you or any other person or party as a result of work performed by you in the horse industry.

Standardbred Canada confirmera votre statut de membre et votre type de licence et fera suivre les documents dûment remplis à la Great-West Life.

La Great -West Life évaluera votre réclamation dès réception des formulaires dûment remplis par vous, votre médecin et Standardbred Canada. Si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité, la Great-West Life vous communiquera sa décision le plus tôt possible et vous expliquera les restrictions applicables, le cas échéant.

Note: Tant que vous toucherez des prestations d'invalidité, vous êtes tenu d'informer la Great-West Life de tout travail exécuté et relié à l'industrie des chevaux en contrepartie ou non d'un salaire ou d'une rémunération, ou de tout revenu d'emploi qui vous a été versé, ou a été versé à une autre personne ou à un tiers, en contrepartie d'un travail que vous avez accompli dans l'industrie des chevaux.

FOR OFFICE USE ONLY									
Member Name	[]			Member #	[]	Date	YYYY	MM	DD
<input type="checkbox"/> Active Driver	<input type="checkbox"/> Active Trainer	<input type="checkbox"/> Groom	<input type="checkbox"/> Official	Licence	[]	Birth	[]	[]	[]
<input type="checkbox"/> Report of Driver/Trainer Race Dates attached	Claim #	[]	[]	Age	[]	Last Renewal	[]	[]	[]
[] weeks paid in last four years	[] weeks paid this claim	[]	[]	Province	[]	Accident	[]	[]	[]
Signature []				<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	Claim received	[]	[]	[]
				<input type="checkbox"/> Track	<input type="checkbox"/> Farm	Claim submitted to GWL	[]	[]	[]
						Claim paid to	[]	[]	[]

Protecting Your Personal Information

At The Great-West Life Assurance Company (Great-West Life), we recognize and respect every individual's right to privacy. Personal information about you is kept in confidential files at the offices of Great-West Life or in the offices of an organization authorized by Great-West Life. This information about you may include medical and psychiatric information. We limit access to information in your files to Great-West Life staff or persons authorized by Great-West Life who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law. We use the information to investigate and assess your claim and to administer the group benefit plan.

Authorizations and Declarations

I authorize:

- Great-West Life, any healthcare or rehabilitation provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange information, when relevant and necessary for the purpose of assessing my claim, administering the group benefit plan, or performing independent assessments;
- Great-West Life to exchange information with my employer, plan sponsor, or plan administrator when relevant for the purpose of discussing rehabilitation and return-to-work planning;
- Great-West Life to release information about my claim to an auditor authorized by my employer, plan sponsor or their agent and Great-West at any time for the purpose of auditing the assessment of the claims.

Except for audit purposes, this authorization shall remain valid for the duration of my claim for benefits or until otherwise revoked by me.

I confirm that a photocopy or electronic copy of this authorization shall be as valid as the original.

I declare that the statements provided in this Employee's Statement and any statements provided in any personal or telephone interview concerning this claim for disability benefits will be true and complete. I agree that all such statements form the basis for any benefit approved as a result of this claim.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), 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 de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. Nous limitons l'accès aux informations consignées à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West 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. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour évaluer votre demande de règlement et pour administrer le régime collectif.

Autorisations et déclarations

J'autorise :

- la Great-West, 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 gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires et pertinents, au besoin, afin d'évaluer ma demande de règlement, d'administrer le régime collectif ou d'effectuer des évaluations indépendantes;
- la Great-West à échanger avec mon employeur, le répondant ou le gestionnaire du régime des renseignements personnels pertinents afin de discuter de réadaptation et de la planification de mon retour au travail;
- la Great-West à divulguer des renseignements personnels à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Great-West, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement.

Sauf à des fins de vérification, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la 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 du salarié et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne ma demande de règlement d'assurance invalidité sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute prestation approuvée par suite de la présente demande de règlement.

Print Name / Nom en caractères d'imprimerie _____

Signature _____

Date _____

Telephone Number / Téléphone _____