



Avis de prestations d'invalidité de longue durée (ILD)

Pour vous assurer d'obtenir un meilleur service, veuillez répondre à toutes les questions

Veuillez remplir le présent formulaire à l'encre (en caractères d'imprimerie) et le retourner à:

**Western Life Assurance Company c/o
Unistar Special Risks Inc. Att : Underwriting
850, 10655 Southport Road SW
Calgary, AB T2W 4Y1**

Courriel : underwriting@unistarinc.ca
Télécopieur : 1 800 364-0754

En produisant un avis de sinistre sans délai, vous contribuez à accélérer le traitement de la demande

Employeur/ Titulaire de police : _____

Adresse : _____

rue ville, province code postal

Nom de contact Employeur/Titulaire de police :

Adresse électronique : N° de téléphone : ()

Date d'embauche : (jijmmaa)

Nom de l'employé/du membre : _____ **Date de naissance :** _____ (jjmmaa)

Adresse personnelle : _____

rue ville, province code postal

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : (_____)

Titre de poste de l'employé : _____ Catégorie/Division : _____

Dernier jour de travail de l'employé : _____ (jjmmaa)

Est-ce une absence due à une blessure liée au travail? ☐ Oui ☐ Non *Si oui, s'il vous plaît fournir des détails :*

Date de l'incident/l'accident : (jjmmaa) Endroit de l'incident :

Circonstances de l'incident :

Nom de la personne qui signale le sinistre :

Lien avec l'employé/le membre :

☐ Employeur/Titulaire de police ☐ Courtier ☐ Assuré ☐ Autre :

Nom : _____ (En caractères d'imprimerie) Signature _____ Date _____ (jjmmaa)

À usage interne seulement : For office use only : <i>*Do not write in this box*</i> Initials:	Western Policy Number: _____		Cert/Div#: _____	
	TPA: _____		TPA Contact: _____	
	TPA Email: _____			
	Insured Monthly Benefit: _____		Non-Evidence Max: _____	
	If coverage over NEM, was excess medically underwritten: ☐ Yes (please attach form) ☐ No, coverage grandfathered ☐ Not underwritten, 10% rule applied ☐ N/A, under NEM			
Date Reported (to Western Life): _____ (jjmmaa)	Western Life Assurance (WLA) LTD inception date: _____ (jjmmaa)			
	LTD coverage prior to WLA? ☐ No ☐ Yes: Carrier: _____ PC LTD effective date: _____ (jjmmaa)			
	Is Life coverage for this group with Western Financial?:		☐ Yes	☐ No
Is Unistar currently managing a Short Term claim for this absence?		☐ Yes	☐ No	