

Demande de règlement d'assurance invalidité individuelle

Ce document décrit les exigences à remplir pour présenter une demande de prestations aux termes de votre assurance invalidité individuelle et d'une garantie en cas d'invalidité de votre assurance vie.

Étape 1 : Déclaration initiale du demandeur et formulaire de consentement

- Remplissez la *Déclaration initiale du demandeur (K891(f))*.¹ Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une nouvelle page.
- La Déclaration initiale du demandeur dûment remplie nous informe de votre demande de règlement d'assurance invalidité. Elle nous fournit également des renseignements généraux sur vous, votre emploi ainsi que votre santé.

Étape 2 : Déclaration initiale du médecin

- Demandez à votre médecin de remplir la *Déclaration initiale du médecin (F70-0719)* accessible à partir du site canadavie.com.²
- Afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, nous vous recommandons d'inclure des copies de tous les renseignements médicaux pertinents avec la déclaration initiale du médecin, comme les notes cliniques, les rapports de consultation et les résultats d'examen.
- La déclaration initiale du médecin dûment remplie nous fournit des renseignements sur votre problème de santé et sur le plan de traitement.
- Votre médecin peut envoyer la déclaration initiale du médecin dûment remplie par la poste, par courriel ou par télécopieur directement à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Coordonnées

Demandes de règlement, Protection du vivant
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 6000, Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : reclamationspv@canadavie.com

Télécopieur : 204 946-4030

Numéro sans frais : 1 877 280-7527

Consultez canadavie.com

Notre responsabilité

L'examen de votre demande de règlement commencera lorsque nous recevrons votre Déclaration initiale du demandeur et la Déclaration initiale du médecin.

Lorsque nous recevrons la déclaration initiale du demandeur, nous vous enverrons un accusé de réception ou un courriel dans lequel vous trouverez le nom de votre spécialiste, Demandes de règlement ainsi que ses coordonnées. Ce spécialiste communiquera avec vous dans un délai de dix jours ouvrables à partir du moment où il aura reçu la déclaration initiale du demandeur pour vous expliquer le déroulement de votre demande de règlement et pour obtenir les renseignements supplémentaires qui pourraient être nécessaires.

¹ Le fait que la Canada Vie fournit des formulaires de demande de règlement ne signifie pas qu'elle reconnaît sa responsabilité ni qu'elle renonce à ses droits.
² Vous êtes responsable d'acquitter tous les frais exigés pour remplir les formulaires et pour fournir tout autre renseignement de nature médicale.

Mise en garde concernant le courrier électronique

La protection des renseignements confidentiels de nos clients est très importante pour notre compagnie. Bien qu'il s'agisse d'un outil fort utile, le courrier électronique ne constitue pas un moyen sûr d'échanger des données personnelles et confidentielles. Il nous est impossible de garantir la sécurité des communications par courrier électronique. Si vous désirez que nous communiquions avec vous par courriel, veuillez prendre note que nous ne pouvons garantir que les renseignements demeureront confidentiels ni qu'ils ne seront pas interceptés ou lus par un tiers, dans Internet ou sur l'ordinateur de réception. En nous communiquant votre adresse courriel dans la section 1.7, vous reconnaissez que vous êtes conscient des risques liés à l'utilisation du courrier électronique et que vous les acceptez.

Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux employés de la Canada Vie 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, conservons, utilisons et divulguons les renseignements personnels pour enquêter sur la ou les demandes de règlement que vous avez présentées à la Canada Vie et pour les évaluer. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou pour en savoir plus sur nos politiques et nos pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site canadavie.com.



Déclaration initiale du demandeur

Demande de règlement d'assurance invalidité individuelle

1. Renseignements sur la personne assurée

- 1.1 Numéros de police : _____
- 1.2 Nom de la personne assurée : _____
- 1.3 Date de naissance (jour-mois-année) : _____
- 1.4 Adresse (numéro et rue) : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
- 1.5 Numéro de téléphone : _____
- 1.6 Préférez-vous recevoir vos communications par courriel? Oui Non
- 1.7 Adresse courriel (facultatif) : _____
 Reportez-vous à la section *Mise en garde concernant le courrier électronique*.

2. Renseignements sur la demande de règlement

- 2.1 Période visée par la demande de règlement : du (jour-mois-année) : _____
 au (jour-mois-année) : _____
- 2.2 Travaillez-vous présentement à quelque titre que ce soit?
 Oui – date de retour au travail (jour-mois-année) : _____
 Si vous travaillez selon un horaire réduit ou à des tâches modifiées, veuillez fournir des précisions : _____
- Non – date du dernier jour de travail (jour-mois-année) : _____
 Date à laquelle vous prévoyez retourner au travail (jour-mois-année) : _____ ou Date inconnue
- 2.3 Votre problème médical est-il le résultat d'un accident? Oui – veuillez préciser ci-dessous Non
 Date de l'accident (jour-mois-année) : _____
 Précisions sur l'accident : _____
- Votre problème médical est-il lié au travail? Oui Non
- Votre problème médical est-il le résultat d'un accident de véhicule motorisé?
 Oui – indiquez la province où l'accident s'est produit : _____ Non
- 2.4 Indiquez les problèmes médicaux qui ont une incidence sur votre capacité à travailler : _____
- 2.5 Indiquez la date à laquelle les signes ou les symptômes liés à votre problème médical sont apparus pour la première fois (jour-mois-année) : _____
- 2.6 Avez-vous déjà présenté des signes ou symptômes identiques ou similaires dans le passé?
 Oui – indiquez la date (jour-mois-année) : _____ Non

2.7 Êtes-vous : droitier **ou** gaucher

2.8 Taille : _____ pieds _____ pouces, **ou** _____ centimètres

Poids : _____ livres, **ou** _____ kilogrammes

2.9 Avez-vous été admis dans un hôpital? Oui – veuillez préciser ci-dessous Non

Nom de l'hôpital : _____

Date de l'admission (jour-mois-année) : _____

Date du congé (jour-mois-année) : _____ **ou** Encore hospitalisé

2.10 Avez-vous subi une intervention chirurgicale depuis le début de votre invalidité ou une intervention chirurgicale est-elle prévue?

Oui – veuillez préciser ci-dessous Non

Date de l'intervention chirurgicale (jour-mois-année) : _____

Type d'intervention : _____

2.11 Recevez-vous d'autres types de traitements (physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

Oui – veuillez préciser : _____

Non

2.12 Veuillez fournir des précisions sur les traitements, les consultations ou les examens médicaux à venir.

2.13 Veuillez fournir les renseignements suivants sur le prestataire de soins de santé associé à la présente demande de règlement.

Médecin de premier recours : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____ Télécopieur : _____

Date de la première consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la dernière consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la prochaine consultation (jour-mois-année) : _____

Autre prestataire de soins : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____ Télécopieur : _____

Date de la première consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la dernière consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la prochaine consultation (jour-mois-année) : _____

Autre prestataire de soins : _____

Spécialité : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____ Télécopieur : _____

Date de la première consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la dernière consultation (jour-mois-année) : _____

Date de la prochaine consultation (jour-mois-année) : _____

3. Renseignements sur l'emploi avant l'invalidité

- 3.1** Nom de l'entreprise : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone : _____ Site Web : _____
- 3.2** Titre du poste : _____
Nature de l'entreprise : _____
- 3.3** Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi actuel: _____
- 3.4** Nombre d'heures par semaine travaillées normalement avant l'invalidité : _____
- 3.5** Précisez votre horaire de travail quotidien (par exemple, de 8 h à 16 h)
Dimanche : _____
Lundi : _____
Mardi : _____
Mercredi : _____
Jeudi : _____
Vendredi : _____
Samedi : _____
Si votre horaire de travail varie, veuillez préciser : _____
- 3.6** Votre emploi est-il saisonnier? Oui Non
- 3.7** Avez-vous plus d'un emploi? Oui Non
- 3.8** Décrivez en détail vos tâches professionnelles avant votre invalidité. Veuillez joindre une description de votre poste si vous en avez une.

- 3.9** Indiquez le pourcentage de votre temps consacré aux tâches suivantes; le total doit correspondre à 100 %.
Administratives ou de bureau : _____ %
Manuelles ou physiques : _____ %
Supervision : _____ %
Ventes : _____ %
Autres, indiquez le pourcentage et précisez : _____ % _____
- 3.10** Êtes-vous : Travailleur indépendant Employé Sans emploi Retraité
Si vous êtes travailleur indépendant, répondez aux questions suivantes :
Votre entreprise est : Constituée en société Non constituée en société
Indiquez votre pourcentage de participation dans l'entreprise : _____ %
Nombre d'employés à temps plein, en vous excluant : _____
Nombre d'employés à temps partiel : _____
Nombre d'associés, en vous excluant : _____
L'entreprise est-elle toujours en activité? Oui Non
Avez-vous engagé quelqu'un pour vous remplacer? Oui Non

4. Autres renseignements

4.1 Avez-vous demandé ou recevez-vous d'autres prestations en raison de votre invalidité, ou êtes-vous admissible à de telles prestations?

Oui – veuillez préciser ci-dessous Non

Cochez tous les éléments qui s'appliquent	Numéro de police ou de demande de règlement	Nom et numéro de téléphone du gestionnaire en règlements
<input type="checkbox"/> Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou Rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec		
<input type="checkbox"/> Prestations d'une commission des accidents du travail		
<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance automobile		
<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance emploi		
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité collective (ICD ou ILD)		
<input type="checkbox"/> Autre assurance invalidité individuelle		
<input type="checkbox"/> Assurance vie individuelle		
<input type="checkbox"/> Assurance créances ou prêt		
<input type="checkbox"/> Assurance maladies graves		
<input type="checkbox"/> Assurance frais généraux d'entreprise		

5. Dépôt direct

Facultatif : Si votre police et votre demande de règlement vous donnent droit à des prestations d'invalidité mensuelles et que vous souhaitez que ces paiements soient déposés directement dans votre compte bancaire, veuillez nous fournir vos informations bancaires ou joindre un chèque annulé.

Cette option n'est pas offerte pour toutes les garanties d'invalidité liées à l'assurance vie.

Nom de l'institution financière : _____

Numéro de la succursale : _____ Code bancaire : _____ Numéro de compte : _____

6. Votre consentement

Avant que nous puissions traiter votre demande de prestations, vous devez lire la présente entente et fournir une signature manuscrite dans la case ci-dessous.

Transmission de vos renseignements personnels

Nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels pour :

- Examiner et évaluer votre demande de règlement
- Administrer votre demande de règlement
- Vérifier l'évaluation de la demande de règlement

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels et les échanger avec ces personnes ou ces groupes lorsque cela est nécessaire et pertinent aux fins ci-dessus :

- Les prestataires de soins de santé et de soins de réadaptation
- Les spécialistes indépendants
- Les compagnies d'assurance et de réassurance
- Les administrateurs des programmes d'État et de tout autre programme d'avantages sociaux
- Toute personne vous connaissant ou possédant des renseignements sur votre santé
- D'autres organisations ou les prestataires de services qui travaillent avec nous
- **Facultatif** : Le conseiller en assurance chargé de la présente police. Si vous êtes d'accord, veuillez fournir son nom et ses coordonnées.

Nom du conseiller : _____

Téléphone ou courriel du conseiller : _____

Protection de vos renseignements personnels

Nous accordons une grande importance à la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède une autorisation. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. La Canada Vie peut avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Les seules personnes ayant accès à vos renseignements personnels sont les suivantes :

- Les employés de la Canada Vie et les personnes autorisées, qui en ont besoin pour effectuer leur travail et pour traiter votre demande de règlement
- Les personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès
- Les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où vos renseignements personnels sont conservés

En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- Vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire et vous l'acceptez, et vous nous autorisez à recueillir et à divulguer vos renseignements personnels.
- Sous réserve de restrictions légales et contractuelles, votre autorisation est valable pour la durée de votre demande ou jusqu'à ce que vous l'annuliez par écrit.
- Toutes les déclarations que vous faites en ce qui concerne votre demande de règlement sont véridiques et complètes.
- Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Date de signature (jour-mois-année) : _____

Nom de la personne assurée : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéros de police : _____

X

Signature de la personne assurée