

Demande d'exonération des primes d'assurance vie Déclaration de l'employé

Pour amorcer le processus de présentation de la demande de règlement :

- Remplissez la Déclaration de l'employé et le Formulaire de consentement.
- Demandez à votre prestataire de soins médicaux de remplir la Déclaration du médecin traitant.
- Présentez les formulaires dans un délai de huit semaines avant la fin de la période d'attente. Votre demande pourrait être refusée si les formulaires sont présentés après le délai de préavis prévu par votre contrat collectif.

REMARQUE : La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes frauduleuses et vérifiera l'exactitude des renseignements fournis à l'appui de votre demande.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés dans le présent formulaire de demande sont véridiques, corrects et complets.

Nom de votre employeur : _____

Numéro de votre régime collectif : _____ Numéro d'identification de la Canada Vie : _____

Renseignements personnels

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____ Nom de famille : _____

Genre : Masculin Féminin Non spécifié Autre

Date de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Province/territoire : _____ Code postal : _____

Endroit où vous travaillez (ville et province/territoire) : _____

Téléphone au domicile : _____ Confidentiel

Cellulaire : _____ Confidentiel

Adresse courriel : _____

Cochez la case « Confidentiel » pour nous autoriser à vous laisser un message contenant des renseignements personnels à propos de votre demande de règlement à ce numéro. Sinon, nous n'y laisserons qu'un message général avec l'information nécessaire pour nous rappeler.

Si vous désirez que la Canada Vie communique avec vous par courriel sécurisé au sujet de votre demande de règlement pour invalidité, veuillez nous fournir votre adresse courriel.

Quel est votre niveau de scolarité? École secondaire Non Oui Niveau de scolarité _____

École de commerce/de métiers Non Oui Collège/Cégep Non Oui Université Non Oui

Années complétées _____

Majeur/mineur _____ Diplôme/certificat _____

Renseignements relatifs à votre emploi

Quel a été votre dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)? _____

Quel a été le premier jour où vous n'avez pas pu travailler (jj-mm-aaaa)? _____

Êtes-vous retourné au travail? Non Oui **Dans l'affirmative**, quand y êtes-vous retourné? (jj-mm-aaaa) : _____

Type de retour au travail (cochez tout ce qui s'applique) : Tâches et heures normales Tâches modifiées Heures modifiées

Dans la négative, quand prévoyez-vous y retourner? (jj-mm-aaaa) : _____

OU Date inconnue **Oui** Je ne prévois pas y retourner

Quelles tâches liées à votre emploi êtes-vous en mesure d'accomplir?

Pendant votre absence, avez-vous effectué un **autre** travail? Non Oui. Dans l'affirmative, veuillez fournir une description.

Renseignements médicaux

Quel est le problème de santé à l'origine de votre absence du travail?

Votre affection est-elle liée au travail? Non Oui. Dans l'affirmative, numéro du dossier au titre de l'indemnité d'accident du travail :

Votre affection résulte-t-elle d'un accident? Non Oui **Dans l'affirmative :**

Où et quand l'accident s'est-il produit? (jj-mm-aaaa) : _____

Comment l'accident s'est-il produit?

Votre affection résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé? Non Oui. Dans l'affirmative, dans quelle province l'accident s'est-il produit? _____

Renseignements sur le traitement

Avez-vous été admis à l'hôpital? Non Oui Nom de l'établissement : _____

Date de l'admission (jj-mm-aaaa) : _____ Date du congé (jj-mm-aaaa) : _____ **OU** Êtes-vous encore hospitalisé?

Avez-vous été opéré depuis le début de votre invalidité ou une opération est-elle prévue?? Non Oui

Date de l'opération (jj-mm-aaaa) : _____ Type d'opération : _____

Autres traitements (béquilles, physiothérapie, médicaments, etc.) :

Veillez fournir les renseignements suivants sur votre prestataire de soins de santé de premier recours :

Nom du prestataire : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Depuis quand voyez-vous ce prestataire? (mm-aaaa) _____

Voyez-vous d'autres prestataires de soins de santé par rapport à cette affection? Non Oui **Dans l'affirmative**, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom du prestataire : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Depuis quand voyez-vous ce prestataire? (mm-aaaa) _____

Nom du prestataire : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Depuis quand voyez-vous ce prestataire? (mm-aaaa) _____

Veillez joindre une feuille séparée si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

Renseignements financiers

Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous un revenu en raison de votre invalidité ou pour une autre raison (veuillez cocher Non ou Oui)?

	Demandé	Reçois	Montant brut	Date de début
• Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec :				
o Prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
o Prestations pour pers. à charge en raison de votre invalidité	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
o Rente de retraite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
o Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
• Prestations d'une commission des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
• Autre revenu (p. ex., indemnité d'assurance automobile, prestations d'assurance-emploi, prestations d'un régime de retraite)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
Veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____
• Revenu d'un travail indépendant ou tout autre revenu d'emploi	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	_____

Autres protections

Outre les prestations que vous demandez ici, veuillez indiquer si vous bénéficiez d'une autre protection d'assurance auprès de la Canada Vie ou d'un autre assureur :

	Numéro de régime/police	Compagnie d'assurance
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité collective :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité individuelle :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assurance vie individuelle :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assurance créances/prêt :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assurance maladies graves :	_____	_____

Déclaration

- Je déclare que les renseignements fournis sont justes. Je comprends et j'accepte les conditions établies dans la section Déclaration portant sur le revenu et entente de remboursement. Je comprends aussi que je dois imprimer, signer et soumettre mon Formulaire de consentement à la Canada Vie.

Votre numéro de régime collectif	Votre numéro d'identification de la Canada Vie	Date (jj-mm-aaaa)
Votre nom en caractères d'imprimerie		Signature X