

**Exonération  
des primes  
d'assurance-vie**

*Guide de l'employé*



Le présent guide contient les formulaires à remplir pour demander le maintien de votre assurance-vie sans paiement de primes et certains renseignements importants sur le règlement des sinistres.

Ces formulaires doivent être présentés au moins huit semaines avant la fin de la période d'attente. Vous devez présenter votre déclaration de sinistre ainsi que tout autre document au sujet de votre demande de règlement au bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Canada Vie chargé de l'évaluation de votre demande de règlement. Si vous désirez présenter votre déclaration de sinistre directement à la Canada Vie, veuillez communiquer avec votre employeur pour obtenir l'adresse exacte.

### 1. Déclaration de l'employé

La Déclaration de l'employé vise à recueillir des renseignements généraux sur vous, votre emploi et la nature de votre invalidité qui sont nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire et vous assurer de bien indiquer le **numéro de votre régime collectif**.

### 2. Demande d'autorisation

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

### 3. Déclaration du médecin traitant

Demandez à votre médecin de remplir ce formulaire qui vise à recueillir des renseignements généraux sur votre état de santé.

## CE QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR SUR LE PROCESSUS D'INDEMNISATION

### Déclaration de l'employeur

Avant de pouvoir évaluer votre demande de règlement, nous avons besoin d'une déclaration de votre employeur confirmant la date d'effet de l'assurance, les tâches de votre emploi et votre rémunération. Nous avons demandé à votre employeur de nous fournir directement ces renseignements.

### Évaluation de la demande de règlement

Nous évaluerons votre demande de règlement dès la réception des formulaires dûment remplis par vous, votre médecin et votre employeur.

Si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité, nous vous communiquerons notre décision le plus tôt possible et vous expliquerons les restrictions applicables, le cas échéant.

### Renseignements médicaux

C'est à vous qu'il incombe de présenter les preuves médicales attestant votre admissibilité à des prestations d'invalidité. Ces renseignements doivent être fournis par votre ou vos médecins, lesquels peuvent exiger des honoraires pour rédiger leur rapport. Le cas échéant, vous devez assumer les frais exigés en contrepartie de ces renseignements. Lorsque la Canada Vie demandera des renseignements directement à votre médecin, elle lui fera parvenir un montant à titre de courtoisie.

**DÉCLARATION DE SINISTRE**

**À noter :** Si vous êtes inscrit au Programme d'établissement standard garanti de la Canada Vie, veuillez également utiliser la Déclaration de sinistre aux fins de vos demandes de règlement au titre du Programme.

**Identification**

1. Votre nom : Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : Domicile \_\_\_\_\_  Confidentiel Bureau \_\_\_\_\_  Confidentiel

Cellulaire \_\_\_\_\_  Confidentiel

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.

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

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.

2. Numéro d'identification de l'employé à la Canada Vie. \_\_\_\_\_

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'identification. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

3. Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Si votre employeur paie la totalité ou une partie de vos primes d'assurance invalidité, toute prestation versée pourrait être assujettie à l'impôt sur le revenu. Le cas échéant, veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale aux fins de la déclaration de revenus. Votre numéro d'assurance sociale peut également servir de numéro d'identification lorsque cela s'avère nécessaire pour l'administration des prestations.

4. Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

**Renseignements sur l'employeur**

1. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

2. Numéro du régime collectif \_\_\_\_\_

N'oubliez pas d'indiquer le numéro du régime collectif. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

**Renseignements sur le sinistre**

1. Quelle est la nature de votre affection? \_\_\_\_\_

Veuillez décrire votre routine journalière depuis que vous avez arrêté de travailler en indiquant les tâches que vous êtes en mesure d'effectuer :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Si l'invalidité est attribuable à un accident, donnez la date de l'accident : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Indiquez le lieu et les circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

L'accident était-il lié au travail?  Oui  Non

Dans l'affirmative, une demande de prestations a-t-elle été soumise à la Commission des accidents du travail?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro de la demande à la Commission des accidents du travail et le numéro de téléphone de la personne-ressource.

\_\_\_\_\_

3. À partir de quelle date votre invalidité vous a-t-elle empêché d'exercer votre travail habituel de façon continue?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

4. Avez-vous effectué un **autre** travail depuis cette date?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

5. Êtes-vous en mesure d'exercer tout autre travail?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà souffert de cette affection?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

### Études / formation / expérience

École secondaire  Oui  Non Degré de scolarité \_\_\_\_\_

Programme d'études :  Académique  Industriel  Affaires  Autre \_\_\_\_\_

Collège  Oui  Non Pendant combien d'années \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ Majeure/Mineure \_\_\_\_\_

École de commerce / de métiers  Oui  Non Pendant combien d'années \_\_\_\_\_

Diplôme ou Certificat \_\_\_\_\_

### Tâches professionnelles actuelles

Quel est le titre de votre poste actuel : \_\_\_\_\_

Quelles sont les tâches habituelles de cet emploi et combien de temps y consacrez-vous par semaine?

TÂCHES

HEURES PAR SEMAINE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dressez une liste de toutes vos compétences \_\_\_\_\_

Passe-temps : \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous reprendre votre travail habituel?  Oui  Non Veuillez préciser vos motifs. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pourriez-vous accomplir certaines tâches de votre emploi habituel?  Oui  Non Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pouvez-vous conduire une automobile?  Oui  Non Travaillez-vous présentement?  Oui  Non

Date d'embauche : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Rémunération : \_\_\_\_\_  Temps partiel  Travailleur autonome  Temps plein  Emploi à l'essai

Nom et adresse de l'employeur actuel \_\_\_\_\_

### Traitement médical

1. Nom et adresse du médecin supervisant actuellement votre traitement.

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Noms et adresses d'autres médecins vous ayant traité pour la même affection.

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates : De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates : De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

3. Avez-vous été hospitalisé? \_\_\_\_\_ Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous :

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates : De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates : De \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

# Votre consentement

Avant que nous puissions traiter votre demande de prestations, vous devez lire cette convention et apposer votre *signature* dans l'encadré prévu à cette fin ci-dessous.



## Partage 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 et votre régime collectif
- établir un plan de réadaptation pour un éventuel retour au travail
- vérifier l'évaluation de la demande de règlement
- gérer les données internes à des fins d'analyse

La Canada vie pourrait utiliser votre numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration de vos garanties.

### 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 compagnies d'assurance et de réassurance
- Les gestionnaires de régime, les administrateurs des programmes d'État et de tout autre programme d'avantages sociaux
- Votre employeur, votre répondant et votre gestionnaire de régime, pour discuter de la planification de votre retour au travail
- Le service de santé au travail de votre employeur
- Votre représentant syndical
- Les prestataires de services et d'autres organisations qui collaborent avec nous, ou pour le compte des autres parties mentionnées ci-dessous. Nous pouvons faire appel à des prestataires de services à l'extérieur du Canada.
- Un vérificateur autorisé par nous, votre employeur, votre répondant de régime ou leur agent

### 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.
- Sauf à des fins de vérification, votre autorisation demeure invalide tant que votre demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que vous l'annuliez par écrit.
- Toutes les déclarations que vous avez 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.




## Protection de la confidentialité de vos renseignements personnels

Nous accordons une grande importance à la confidentialité des renseignements vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède notre autorisation. 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.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site [canadavie.com](http://canadavie.com) ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

Le numéro de votre régime collectif	Votre nom en caractères d'imprimerie	Votre numéro de téléphone
Votre numéro d'identification de la Canada Vie	Adresse courriel	<i>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.</i>
Votre signature 		Date (jj-mm-aaaa)



## Déclaration du médecin traitant – Exonération des primes d'assurance-vie collective

### Renseignements sur le participant de régime / l'employé et son consentement : À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom du participant de régime / de l'employé (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)		Téléphone au domicile (y compris l'indicatif régional)	Numéro de cellulaire (y compris l'indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Nom de l'employeur		Numéro du régime collectif	Numéro d'identification de l'employé à la Canada Vie
Taille	Poids	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa) _____		Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa) _____	

J'autorise mes prestataires de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion de toute protection que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que la Canada Vie a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.

Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du participant de régime / de l'employé \_\_\_\_\_ Date du consentement (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

### Déclaration du médecin traitant : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN



- Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les quatre semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la page 1 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour toute absence risquant de durer plus de quatre semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

**VEUILLEZ REMPLIR AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES**

**Diagnostic primaire :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnostic secondaire et/ou complications :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l'accouchement (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Par voie vaginale  Césarienne

Maladie professionnelle ou accident de travail Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa)	Accident d'automobile Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa)
Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection : (jj-mm-aaaa) _____	Date du premier jour d'absence en raison de l'affection : (jj-mm-aaaa) _____

**Hospitalisation** Votre patient est-il / a-t-il été hospitalisé  ou a-t-il subi une chirurgie d'un jour   
Date de l'admission (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Date du congé (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :  
Date (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

**Traitement** (médicaments, posologie, physiothérapie, autre) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pronostic** Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Suite de la Déclaration du médecin traitant – Absence risquant de se prolonger au-delà de quatre semaines**

Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui  Non

Dans l'affirmative, à quelle date (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Prestataire des soins : \_\_\_\_\_

Décrivez les symptômes du patient, y compris l'historique, la gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

**➡ Veuillez joindre une copie de tous les documents pertinents :**

- résultats d'examen / investigations médicales (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- rapports de consultation
- ne pas fournir de résultats de tests génétiques

**Si aucun rapport de consultation n'est fourni, veuillez indiquer si votre patient a été, ou sera, vu par un spécialiste pour cette affection.**

Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_ Date de la consultation : \_\_\_\_\_

D'après vos constatations et vos observations cliniques, veuillez décrire les capacités cognitives et physiques actuelles de votre patient.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez nous faire part de toute complication ou de tout autre trouble de santé influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou la période de rétablissement prévue.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui  Non

**Pronostic** Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (s'il n'est pas déjà indiqué à la page 1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Note à l'intention du médecin :**

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente soient divulgués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Timbre du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)	
Adresse de courriel		
Signature	Date (jj-mm-aaaa)	



