

Prestations d'invalidité Directives pour remplir la Déclaration de l'employé

Comment présenter une demande de prestations d'invalidité

Vous devez informer la Canada Vie de votre invalidité le plus tôt possible :

- Remplissez la Déclaration de l'employé et le formulaire de consentement.
- Envoyez par la poste, télécopieur ou courriel votre Déclaration de l'employé et votre formulaire de consentement dûment remplis ainsi que tout autre renseignement qui vous semble pertinent au Bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Canada Vie (BGAI). Notre numéro de télécopieur et notre adresse courriel se trouvent sur notre site Web à l'adresse canadavie.com. Vous pouvez également vous les procurer auprès de votre employeur ou en téléphonant au **1 855 755-6729**.

Votre signature sur le formulaire de demande de règlement et votre consentement sont nécessaires pour nous assurer que vous comprenez l'objet de votre demande de règlement ainsi que les garanties. Elles donnent également à la Canada Vie la permission d'obtenir des renseignements supplémentaires auprès des personnes suivantes :

- Votre employeur
- D'autres assureurs
- Votre médecin et tout autre prestataire de soins médicaux

Veillez envoyer ces formulaires à la Canada Vie huit semaines avant la fin de la période d'attente si votre demande concerne des prestations d'assurance invalidité de longue durée, ou dans un délai de dix jours suivant la date de l'invalidité si votre demande vise des prestations d'assurance invalidité de courte durée afin d'assurer un traitement rapide.

Raisons pour lesquelles nous avons besoin de renseignements médicaux

Les renseignements médicaux sont nécessaires pour comprendre comment votre état de santé vous empêche de travailler. Veuillez imprimer la Déclaration du médecin traitant qui correspond le mieux à votre situation et demandez à votre prestataire de soins médicaux de la remplir. La Déclaration du médecin traitant peut nous être envoyée directement.

Renseignements fournis par votre employeur

Votre employeur remplira la Déclaration de l'employeur confirmant les renseignements sur votre emploi afin que nous puissions évaluer et administrer votre demande de règlement d'assurance invalidité. Votre employeur enverra le formulaire dûment rempli directement à la Canada Vie.

Vos responsabilités

Rappel :

- Restez en contact avec votre employeur, vos collègues et la Canada Vie pendant votre rétablissement.
- Établissez des objectifs pour favoriser votre rétablissement.
- Restez actif. Prenez soin de vous.

Discutez de votre plan de retour au travail avec votre prestataire de soins médicaux. Se rétablir au travail peut être une option saine. La Canada Vie privilégie un retour au travail rapide et vous aidera à vous préparer un avenir en santé.

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 si vous présentez une demande d'assurance invalidité de longue durée ou dans les dix jours suivant la date de l'invalidité s'il s'agit d'une demande d'assurance invalidité de courte durée ou de Services d'orientation anticipée. Le versement des prestations peut être retardé si vos formulaires sont reçus tardivement, ou la demande de prestations 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 de règlement frauduleuses et vérifiera l'exactitude des renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement.

Je confirme que les renseignements donnés relativement à ma demande de règlement sont, à ma connaissance, véridiques, exacts 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 : _____

Sexe : Homme Femme Non précisé Autre Date de naissance : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Vous devez fournir votre numéro d'assurance sociale, car des impôts pourraient être prélevés sur vos prestations d'invalidité.

Adresse du domicile : _____

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

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

Téléphone au domicile : _____ 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.

Cellulaire : _____ Confidentiel

Adresse 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.

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 **OU** 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 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 **Si oui**, numéro du dossier au titre de l'indemnité d'accident du travail : _____

Votre affection résulte-t-elle d'un accident? Non Oui **Si oui** :

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 **Si oui**, dans quelle province l'accident s'est-il produit?

Renseignements sur le traitement

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

Date de l'admission (jj-mm-aaaa) : _____ Date du congé (jj-mm-aaaa) : _____ **OU** 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.) :

Prestataire de soins de premier recours :

Nom du prestataire de soins : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

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

Voyez-vous d'autres prestataires de soins par rapport à cette affection? Non Oui

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom du prestataire de soins : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

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

Nom du prestataire de soins : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

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

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

Déclaration portant sur le revenu et entente de remboursement

Je comprends que :

- Je dois soumettre une demande pour toute prestation d'invalidité à laquelle un membre de ma famille ou moi-même devenons admissibles en raison de mon invalidité, et que la Canada Vie pourrait me demander de présenter une nouvelle demande de prestations ou une demande de révision en cas de refus de ma demande, s'il est jugé approprié.
- D'ici à ce que ma demande pour ces autres prestations d'invalidité soit acceptée ou que mon admissibilité à tout autre revenu à déclarer soit étudiée, la Canada Vie continuera de me verser un montant correspondant à la valeur des prestations d'invalidité payables au titre de mon régime collectif (« l'avance »). Les termes « toute autre prestation d'invalidité » et « revenus à déclarer » signifient tous les types de prestations d'invalidité et autres revenus mentionnés dans la clause de coordination directe, la clause relative au maximum de toutes les sources ou à la coordination des prestations ou à la subrogation et au droit de recouvrement au titre de mon régime collectif, ainsi que tous les autres montants, y compris les prestations payables pour la perte de revenus, que je pourrais recevoir ou auxquels je pourrais devenir admissible en raison de mon invalidité.
- Si je suis admissible à des prestations d'invalidité ou à tout autre revenu à déclarer, une somme pourrait m'être versée en trop (« paiement en trop »), somme que je devrai rembourser à la Canada Vie. Je renonce expressément à mes droits en vertu de toute loi qui considère l'avance, le paiement en trop, les autres prestations d'invalidité ou les revenus à déclarer comme un bien insaisissable.
- La Canada Vie pourrait réduire mes prestations d'invalidité du montant des autres prestations d'invalidité ou des autres revenus à déclarer que je reçois ou auxquels je pourrais devenir admissible.

Je m'engage à :

- Informer la Canada Vie dans les 15 jours suivant la réception de toute autre prestation d'invalidité ou de revenus à déclarer.
- Rembourser la Canada Vie dans le délai précisé après avoir reçu un avis m'informant du montant exact du paiement en trop ou dans un délai plus long si cela est convenu par écrit avec la Canada Vie. Je comprends que si je ne rembourse pas le paiement en trop dans le délai prévu, la Canada Vie pourrait prendre toutes les mesures nécessaires pour recouvrer le paiement en trop, y compris retenir les prestations d'invalidité payables ou déduire le montant du paiement en trop de mes prestations payables au titre du régime collectif.

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	

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-dessus. 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 demeurera valide 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 ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

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

