

### 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 1855 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

Veuillez envoyer ces formulaires à la Canada Vie huit semaines avant la fin de la période d'attente si votre demande concerne des prestation 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.

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.

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.

## Raisons pour lesquelles nous avons besoin de renseignements médicaux

## Renseignements fournis par votre employeur

#### 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.



#### Prestations d'invalidité 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 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 \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_ Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non précisé ☐ Autre Date de naissance :\_\_ Vous devez fournir votre numéro d'assurance sociale, car des impôts Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ pourraient être prélevés sur vos prestations d'invalidité. Province/territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Endroit où vous travaillez (ville et province/territoire) : \_\_\_ Cochez la case « Confidentiel » pour nous autoriser à vous laisser Téléphone au domicile : \_\_\_\_\_ 

Confidentiel un message contenant des renseignements personnels à propos de votre demande de règlement à ce numéro. Sinon, nous n'y Confidentiel laisserons qu'un message général avec l'information nécessaire pour nous rappeler. 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) :  $\square$  Tâches et heures normales  $\square$  Tâches modifiées  $\square$  Heures modifiées Dans la négative, quand prévoyez-vous y retourner? (ji-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_\_ **OU** Date inconnue **OU** De 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 : \_\_\_\_\_ Avez-vous été opéré depuis le début de votre invalidité ou une opération est-elle prévue? $\square$ Non $\square$ Oui \_\_\_\_\_ Type d'opération : \_\_\_ Date de l'opération (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Autres traitements (béquilles, physiothérapie, médicaments, etc.): Prestataire de soins de premier recours : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_ Nom du prestataire de soins : \_\_\_ 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: \_

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

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

Numéro de téléphone :

Nom du prestataire de soins : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Depuis quand voyez-vous ce prestataire de soins? (mm-aaaa) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_

#### Dépôt direct

Veuillez fournir vos renseignements bancaires ci-dessous ou joindre un chèque annulé si vous voulez que vos prestations d'assurance invalidité soient déposées directement dans votre compte de banque.

Si vous ne fournissez pas les renseignements demandés ci-dessous, les renseignements bancaires fournis précédemment pour d'autres prestations au titre de ce régime collectif (p. ex. pour les soins médicaux ou les soins dentaires) seront utilisés pour toute prestation d'assurance d'invalidité payable.

Nom de la banque ou de la coopérative de crédit :				
Numéro de domiciliation : Numéro de l'institution :	: Numéro	de compte :		
#*************************************	ו חח	1234 5	6 en 7 n=	
TRANSIT# INS	 TITUTION#	ACCOUN'	Т#	
Renseignements financiers				
Vous devez déclarer tout revenu que vous recevez à la Canada Vieraison de votre invalidité ou pour une autre raison? (veuillez coche		ındé de recevoir ou	recevez-vous un	revenu en
<ul> <li>Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec :</li> </ul>	Demandé	Reçois	Montant brut	Date de début
o Prestations d'invalidité	□ Non □ Oui	□ Non □ Oui		
o Prestations pour pers. à charge en raison de votre invalidité	□ Non □ Oui	□ Non □ Oui		
o Rente de retraite	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui		
o Autre (veuillez préciser)	$\square$ Non $\square$ Oui	$\square$ Non $\square$ Oui		
Prestations d'une commission des accidents du travail	$\square$ Non $\square$ Oui	$\square$ Non $\square$ Oui		
Prestations d'ICD ou de congé de maladie	$\square$ Non $\square$ Oui	$\square$ Non $\square$ Oui		
<ul> <li>Autre revenu (p. ex., indemnité d'assurance automobile, prestations d'assurance-emploi, prestations d'un régime de retraite)</li> </ul>	□ Non □ Oui	□ Non □ Oui		
Veuillez préciser				
Revenu d'un travail indépendant ou tout autre revenu d'emploi.	$\square$ Non $\square$ Oui	$\square$ Non $\square$ Oui		
Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuille du paiement pour chaque type de revenu.	z joindre une copi	e du relevé initial d	es prestations ou	des détails
Autres protections				
Outre les prestations que vous demandez ici, veuillez indiquer si v Canada Vie ou d'un autre assureur :	ous bénéficiez d'ui	ne autre protection	d'assurance aupr	ès de la
Numéro de régime,	/police	Com	pagnie d'assuranc	ce
Assurance invalidité individuelle :				
Assurance vie individuelle				
Assurance créances/prêt				
Assurance maladies graves				
☐ Programme d'établissement standard garanti				

À NOTER: Si vous détenez une protection aux termes du Programme d'établissement standard garanti de la Canada Vie, il faudra également utiliser le présent formulaire à des fins de déclaration d'invalidité au titre de ce programme.

#### 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-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

# 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 lespersonnes autorisées, qui en ont besoin poureffectuer leur travail et pour traiter votredemande de règlement
- les personnes à qui vous avez accordé undroit d'accès
- les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où vosrenseignements 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.

#### 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.

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

