

VOTRE DEMANDE D'EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE-VIE INDIVIDUELLE

Le présent document contient les deux formulaires dont vous avez besoin pour demander des prestations d'invalidité aux termes de votre police individuelle ainsi que des renseignements sur le processus de règlement.

- Étape 1 – Afin d'éviter des délais inutiles, veuillez remplir au complet la Partie I intitulée « Déclaration initiale du demandeur ».
- Étape 2 – Demandez à votre médecin traitant ou spécialiste de remplir la Partie II intitulée « Déclaration initiale du médecin traitant ».
- Étape 3 – Une fois que les deux formulaires sont remplis, envoyez les originaux au siège social de la Canada Vie, à l'adresse ci-dessous :

Service des demandes d'exonération des primes, Individuelle
C. P. 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

À noter : Le fait que la Compagnie fournit les formulaires de demande de règlement ne signifie pas qu'elle reconnaît sa responsabilité ni qu'elle renonce à ses droits. Il vous incombe de faire remplir tous les formulaires médicaux sans frais à la charge de la Canada Vie.

- Étape 4 – Une fois que nous aurons reçu vos formulaires, nous vous ferons parvenir un accusé de réception qui précisera le nom et les coordonnées d'un spécialiste, des Demandes de règlement responsable de votre dossier.
- Étape 5 – Votre spécialiste, des Demandes de règlement, procédera alors à l'évaluation de votre demande de règlement et vous informera de la décision concernant celle-ci.

Notre programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Dans le cadre de l'étude initiale de votre demande de règlement, il est possible que vous receviez un appel téléphonique de l'un de nos représentants autorisés qui vous demandera des renseignements supplémentaires au sujet de votre demande de règlement. L'entrevue dure normalement environ 30 minutes et se fait à un moment qui vous convient.

Comment nous joindre

- ♦ Sans frais au 1 877 280-7541, poste 8358#
- ♦ Par télécopieur au 204 946-4030
- ♦ Par courriel à l'adresse waiverclaims@canadalife.com

Mise en garde concernant le courrier électronique

La protection des renseignements confidentiels de nos clients est 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, sur l'internet ou sur l'ordinateur de réception. En nous communiquant votre adresse courriel à la page 2, vous reconnaissez être conscient des risques liés à l'utilisation du courrier électronique et vous les acceptez.

**PARTIE I :
DÉCLARATION INITIALE DU DEMANDEUR -
DEMANDE D'EXONÉRATION DES PRIMES
D'ASSURANCE-VIE**

PARTIE 1 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES		
Nom du demandeur	Numéro de téléphone au domicile ____ - ____ - ____	Numéro(s) de police
Date de naissance Jour ____ Mois ____ Année ____	Numéro de téléphone cellulaire ____ - ____ - ____	
Adresse du domicile Ville _____ Province _____ Code postal _____		Adresse de courriel (facultatif) (Voir la Mise en garde concernant le courrier électronique à la page 1)
PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT		
1. Période visée pour la demande de règlement : Du Jour ____ Mois ____ Année ____ au Jour ____ Mois ____ Année ____		
2. Travaillez-vous présentement à quelque titre que ce soit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
a) Si NON, quelle était la date de votre dernier jour de travail? Jour ____ Mois ____ Année ____		
b) Si OUI, à quelle date avez-vous repris le travail? Jour ____ Mois ____ Année ____		
Si vous travaillez selon un horaire réduit ou à des tâches modifiées, veuillez fournir des précisions :		
3. Quelle est la nature de votre invalidité et/ou quel est votre diagnostic?		
4. Veuillez décrire la nature de vos signes, symptômes et limitations et préciser dans quelle mesure ceux-ci influencent sur votre capacité à travailler.		
5. Quand avez-vous présenté des signes ou des symptômes liés à votre invalidité pour la première fois? Jour ____ Mois ____ Année ____		
6. Avez-vous déjà présenté des signes ou symptômes identiques ou similaires dans le passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si OUI, quand? Mois ____ Année ____		
7. Si l'invalidité est attribuable à un accident :		
a) Donnez la date de l'accident : Jour ____ Mois ____ Année ____		
b) L'accident était-il lié au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) Veuillez décrire l'accident.		
d) Veuillez décrire les blessures que vous avez subies dans l'accident.		
8. Si l'invalidité est attribuable à des complications de la grossesse, quelle est la date prévue de votre accouchement?		
Jour ____ Mois ____ Année ____		
9. Si l'invalidité affecte les membres supérieurs, êtes-vous : <input type="checkbox"/> Droitier? <input type="checkbox"/> Gaucher?		
10. Veuillez indiquer votre : Taille _____ Poids _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg		

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

1. Situation d'emploi : Travailleur autonome Salarié Retraité Jour _____ Mois _____ Année _____
 (Si vous êtes retraité, veuillez passer à la Partie 4 – Traitement.)

2. Nom de l'employeur / de l'entreprise _____ Numéro de téléphone _____ - _____ Site Web : _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

3. a) Titre de votre poste _____ b) Nature de l'entreprise _____
 c) Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi actuel? _____
 d) Combien d'heures par semaine travailliez-vous normalement avant l'invalidité? _____
 e) Revenu mensuel avant l'invalidité : Brut _____ Net _____

4. Tâches professionnelles :
 a) Quel pourcentage de votre temps consacriez-vous aux tâches suivantes? (Veuillez noter que le total des pourcentages doit être égal à 100 %.)
 Tâches administratives ou de bureau : _____ Tâches manuelles ou physiques : _____ Tâches de ventes : _____
 Tâches de supervision : _____ Autres (Veuillez préciser) : _____
 b) Veuillez décrire en détail vos tâches professionnelles avant le début de l'invalidité.

5. Veuillez décrire les tâches professionnelles dont vous êtes actuellement en mesure d'accomplir :

⚠ SI VOUS ÊTES UN TRAVAILLEUR AUTONOME, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES DEMANDÉS CI-DESSOUS :

6. a) Votre entreprise est : constituée en société non constituée en société b) Part dans l'entreprise : _____ % c) Nombre de salariés à temps plein : _____
 Nombre de salariés à temps partiel : _____
 Nombre d'associés : _____
 d) L'entreprise est-elle toujours en activité? Oui Non Si OUI, nom de la personne qui en poursuit l'exploitation? _____
 e) Avez-vous engagé quelqu'un pour vous remplacer? Oui Non Nom : _____

⚠ SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI, VEUILLEZ PROCÉDER À LA QUESTION #7 CI-DESSOUS :

7. Date du dernier jour de travail : Jour _____ Mois _____ Année _____

PARTIE 4 – TRAITEMENT

1. Fournisseurs de soins (VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES MÉDECINS, PHYSIOTHÉRAPEUTES, CHIROPRACTIENS, PSYCHOLOGUES, PSYCHIATRES, ETC. CONSULTÉS)

i) Nom _____	N° de téléphone _____ - _____	Date de la première consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Spécialité _____	N° de télécopieur _____ - _____	Date de la dernière consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse _____		Date de la prochaine consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____		Fréquence des consultations (hebdo, mensuelle, autre) _____
ii) Nom _____	N° de téléphone _____ - _____	Date de la première consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Spécialité _____	N° de télécopieur _____ - _____	Date de la dernière consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse _____		Date de la prochaine consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____		Fréquence des consultations (hebdo, mensuelle, autre) _____
iii) Nom _____	N° de téléphone _____ - _____	Date de la première consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Spécialité _____	N° de télécopieur _____ - _____	Date de la dernière consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse _____		Date de la prochaine consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____		Fréquence des consultations (hebdo, mensuelle, autre) _____

PARTIE 4 – TRAITEMENT (SUITE)

2. Avez-vous été hospitalisé? Oui Non **Si OUI, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :**

Nom de l'hôpital _____ N° de téléphone _____ - _____ Date d'admission : Jour _____ Mois _____ Année _____
 Adresse _____ Date du congé : Jour _____ Mois _____ Année _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____

3. Prenez-vous actuellement des médicaments? Oui Non **Si OUI, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :**

i) Médicament : _____ Posologie : _____ iii) Médicament : _____ Posologie : _____
 ii) Médicament : _____ Posologie : _____ iv) Médicament : _____ Posologie : _____

4. Recevez-vous d'autres types de traitements? Oui Non **Si OUI, veuillez préciser.**

5. Veuillez fournir des précisions au sujet des traitements, ainsi que des consultations ou des examens médicaux à venir.

6. a) Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre médecin? Oui Non **Veuillez préciser.**

b) Date prévue de retour au travail Jour _____ Mois _____ Année _____ À temps plein À temps partiel Inconnue

PARTIE 5 – AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

Êtes-vous admissible à des prestations d'invalidité parmi la liste suivante (que vous en ayez fait la demande ou non ou que votre demande ait été approuvée ou non)?

	Oui	Non	N° de police / Demande de règlement	Date d'établissement	Montant des prestations mensuelles	Date du début de l'indemnisation	Période d'indemnisation	Demande « Soumise » « Approuvée » ou « Refusée »	Nom et numéro de téléphone de l'examineur
Assurance frais généraux Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
CAT/CSPAAT/CSST				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
Assurance automobile Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
Assurance-emploi Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
Régime d'assurance collective Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
Assurance créances (prêt et hypothèque) Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
RPC/RRQ				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			
Autre police individuelle Nom :				jj-mm-aaaa		jj-mm-aaaa			

PARTIE 6 – PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont consignés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. La Canada Vie peut faire appel à un fournisseur de services installé au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel 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 de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez l'adresse www.canadalife.com ou écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie.

PARTIE 7 – AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, ou avec ceux précités, à échanger les renseignements personnels nécessaires et pertinents, au besoin, pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, ou pour effectuer des évaluations indépendantes.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières. 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.

La présente autorisation demeurera valide tant que ma ou mes demandes de règlement n'auront pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

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

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente déclaration et dans toute déclaration faite lors de toute entrevue personnelle ou par téléphone en ce qui concerne ma ou mes demandes de prestations d'invalidité sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute indemnisation approuvée.

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date

VEUILLEZ NOTER QUE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT NE SERA TRAITÉE QUE LORSQUE LA DÉCLARATION INITIALE DU DEMANDEUR ET LA DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN AURONT ÉTÉ REÇUES. IL VOUS INCOMBE D'ACQUITTER TOUS LES FRAIS EXIGÉS POUR REMPLIR LA DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN.

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DE VOTRE PATIENT, IL EST IMPORTANT QUE VOUS RÉPONDIEZ À TOUTES LES QUESTIONS EN ENTIER.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom (en caractères d'imprimerie)	Numéro de police	Date de naissance Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

VEUILLEZ REMPLIR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) LA SECTION A, LA SECTION B OU LES DEUX SECTIONS, SELON CE QUI EST APPLICABLE, PUIS PASSER À LA SECTION C.

SECTION A – DIAGNOSTIC PHYSIQUE
Diagnostic principal :
Diagnostic secondaire et/ou complications :
Constatations médicales objectives (y compris les résultats de tous les examens diagnostiques) :
Incapacité physique : <input type="checkbox"/> Classe 1 (aucune limitation – apte à toute activité physique soutenue) <input type="checkbox"/> Classe 2 (légère limitation – apte aux activités modérées) <input type="checkbox"/> Classe 3 (limitation modérée – apte aux activités légères) <input type="checkbox"/> Classe 4 (limitation marquée – apte aux activités minimales) <input type="checkbox"/> Classe 5 (limitation grave – incapable d'activités minimales)
Est-ce que d'autres investigations médicales ou examens médicaux sont prévus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, veuillez en préciser la nature et indiquer la date à laquelle ils sont prévus. Jour _____ Mois _____ Année _____

SECTION B – DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE (DSM-IV OU DSM-5)
Diagnostic principal (veuillez préciser le code de diagnostic) :
Diagnostic secondaire et/ou autres troubles contributifs :
Gravité des facteurs de stress psychosociaux (veuillez encercler une option) 0 1 2 3 4 5 0 - absence 1 - léger 3 - modéré 5 - sévère
Facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'apparition des problèmes cliniques ou susceptibles de compliquer leur résolution. <input type="checkbox"/> Problèmes liés au travail <input type="checkbox"/> Affection physique ou problèmes médicaux <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation <input type="checkbox"/> Type de personnalité ou motivation <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux ou familiaux <input type="checkbox"/> Problèmes financiers ou juridiques <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie <input type="checkbox"/> Autres problèmes _____
Gravité de la déficience fonctionnelle : Veuillez préciser. <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave

SECTION C – SYMPTÔMES			
1. Quand les symptômes rapportés se sont-ils manifestés pour la première fois? Jour _____ Mois _____ Année _____			
2. Veuillez énumérer les symptômes actuels et préciser le degré de gravité rapporté :			
Symptômes	Légers	Modérés	Graves
3. Plus précisément, dans quelle mesure les symptômes rapportés influencent-ils la capacité de travailler du patient?			

SECTION D – HISTORIQUE

1. À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail? Jour _____ Mois _____ Année _____

2. Avez-vous recommandé un arrêt de travail? Oui Non

3. Votre patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une invalidité similaire? Oui Non Mois _____ Année _____
Si OUI, veuillez préciser :

4. Des troubles de santé antérieurs contribuent-ils à l'incapacité actuelle de votre patient?

5. Quand avez-vous commencé à traiter votre patient pour cette affection? Jour _____ Mois _____ Année _____

a) Date de la dernière consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____

b) Date de la prochaine consultation : Jour _____ Mois _____ Année _____

c) Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre : _____

6. Hospitalisation S. O. Nom de l'hôpital _____

Date d'admission : Jour _____ Mois _____ Année _____

Date du congé : Jour _____ Mois _____ Année _____

SECTION E – TRAITEMENT

1. Quelle est la nature du traitement actuel (y compris le type de traitement et sa fréquence, toute intervention chirurgicale pratiquée ou envisagée)?

2. Médicaments :

Nom et dose	Date du début de la prise	Dernière modification de la dose	Fréquence de prise	Réponse

3. Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non **Veuillez préciser :**

4. L'état clinique de votre patient : s'est amélioré est demeuré stable s'est détérioré
Veuillez préciser.

5. Avez-vous référé votre patient à un spécialiste? Oui Non

Si OUI, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Nom du médecin	Spécialité	Date de la demande de consultation ou de la première consultation

6. Envisagez-vous d'apporter ou êtes-vous en voie d'apporter des modifications au plan de traitement du patient? Oui Non
Veuillez préciser.

SECTION F – RETOUR AU TRAVAIL

1. Un plan de retour au travail a-t-il été établi? Oui Non
- a) Si NON, quand évaluerez-vous le patient en vue de son retour éventuel au travail? Jour _____ Mois _____ Année _____
- b) Si OUI, quelle est la date prévue de retour au travail? Jour _____ Mois _____ Année _____
- Retour à temps plein Retour à temps partiel Retour progressif
- c) Dans le cas d'un retour au travail à temps partiel ou progressif, quel est l'horaire de travail recommandé?

SECTION G – OBSERVATIONS

Renseignements supplémentaires au sujet de l'évaluation du patient.



**AFIN D'ACCÉLÉRER LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT,
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE TOUTES LES NOTES AU DOSSIER ET DE TOUS
LES RAPPORTS DE CONSULTATION ET RÉSULTATS D'EXAMEN QUI SONT PERTINENTS.**

SECTION H – SIGNATURE (veuillez écrire en caractères d'imprimerie ou utiliser un timbre)

Nom de famille	Prénom	Spécialité
Adresse		Numéro de téléphone
Ville	Province	Numéro de télécopieur
Code postal	Signature	Date Jour _____ Mois _____ Année _____

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QU'IL INCOMBE À VOTRE PATIENT DE FAIRE REMPLIR LE
PRÉSENT FORMULAIRE ET D'ACQUITTER LES FRAIS EXIGÉS POUR LE REMPLIR.**