

Demande de prestations d'invalidité

Nom de l'employé : _____

REMARQUE À L'EMPLOYÉ

Le présent guide explique comment présenter une demande de prestations d'invalidité. Il comprend le formulaire que vous devez remplir pour aviser la Canada Vie / Morneau Shepell de l'invalidité survenue et décrit les étapes qui suivront la réception de la déclaration d'invalidité.

La Canada Vie / Morneau Shepell
Bureau 316
50 chemin Burnhamthorpe O
Mississauga ON L5B 3C2
Télécopieur : 1 877 562-9126
Téléphone : 1 800 465-5812

Veillez vous assurer de remplir ou de faire remplir les pièces suivantes au complet et de les retourner à la Canada Vie / Morneau Shepell sans tarder.

- Déclaration du demandeur
- Déclaration du médecin traitant – Veuillez vous assurer que votre médecin traitant remplisse la déclaration au complet. Demandez-lui d'être le plus précis possible et d'inclure ses notes de consultation.

Entrevue téléphonique

Pour amorcer le processus d'évaluation détaillée, il est possible qu'un représentant de Morneau Shepell ou de la Canada Vie vous téléphone pour obtenir des renseignements sur votre emploi, vos études et vos antécédents professionnels, vos antécédents médicaux et votre état de santé actuel. Vous pourriez aussi devoir fournir des renseignements sur des revenus d'autres sources qui pourraient avoir une incidence sur le montant de vos prestations.

S'il n'est pas possible d'effectuer une entrevue téléphonique en raison de problèmes médicaux ou d'une question de langue, nous prendrons d'autres dispositions. Si nous recueillons suffisamment de renseignements au moyen des formulaires, l'entrevue téléphonique pourrait ne pas être nécessaire.

Veillez noter que la Déclaration de l'employeur et le Questionnaire relatif à l'emploi seront remplis par votre employeur. Dès que nous serons en possession de tous les renseignements nécessaires, nous commencerons l'évaluation de votre demande de prestations.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

- À NOTER :** 1. Veuillez retourner la présente déclaration dûment remplie à la Canada Vie / Morneau Shepell.
2. Veuillez écrire **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.

NUMÉRO DE RÉGIME _____

Déclaration de l'employé

Nom de l'employé	Date de naissance (jour, mois, année)	Numéro d'employé
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Si l'invalidité est attribuable à un accident, indiquez le lieu et les circonstances de l'accident (s'il existe un litige en instance, veuillez préciser le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre avocat).

Décrivez la nature de la maladie ou des blessures subies.

Avez-vous déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, veuillez préciser quand et décrire l'affection.
---	---

Situation professionnelle : Employé à temps plein Employé à temps partiel

Date du dernier jour de travail (jour, mois, année)	Êtes-vous toujours totalement invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous été en mesure de travailler depuis le début de votre invalidité actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand comptez-vous retourner au travail? (jour, mois, année)
---	--	--	--

Veuillez indiquer le nom de tous les médecins qui vous ont soigné au cours de la période d'invalidité actuelle.

Nom du médecin	Adresse	Du	Au
Nom des hôpitaux où vous avez été soigné	Adresse	Du	Au

Si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité aux termes d'une assurance auprès de toute autre compagnie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie ou de l'organisation	Type d'assurance	Numéro de police	Montant des prestations

Veuillez aviser la Canada Vie / Morneau Shepell sans tarder si :

1. Votre état de santé s'améliore et que vous êtes apte à travailler, même si vous n'êtes pas encore retourné au travail;
2. Vous occupez un emploi à titre d'employé ou de travailleur autonome;

3. Vous présentez une demande de prestations auprès d'une commission des accidents du travail ou de la CNESST;

4. Vous présentez une demande de prestations aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.

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 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/ Morneau Shepell 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 58339	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)