

Pour amorcer le processus de présentation de la demande de règlement, remplissez d'abord la Déclaration de l'employé et le Formulaire de consentement. Veuillez demander à votre médecin de remplir la Déclaration du médecin. Ces formulaires doivent être présentés dans les dix jours suivant le début de l'invalidité ou, si vous présentez une demande d'assurance invalidité de longue durée ou une demande d'exonération des primes d'assurance-vie, dans un délai de huit semaines avant la fin de la période d'attente. **La demande de prestations d'invalidité pourrait être refusée si ces 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 et exacts.

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

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de la Canada Vie : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS DE L'EMPLOYÉ**

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Genre :  Homme  Femme  Non spécifié  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 : \_\_\_\_\_

Votre adresse postale est-elle la même que celle indiquée ci-dessus?  Oui  Non Sinon, veuillez fournir votre adresse postale.

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province / territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Endroit où vous travaillez : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ 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

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  Confidentiel

*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.*

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

**RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Date de votre dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa) Date du premier jour d'invalidité : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Pendant votre absence, avez-vous effectué un autre travail?  Non  Oui Veuillez fournir une description :

Êtes-vous de retour au travail?

Oui Depuis quand? \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Type de retour au travail (cochez tout ce qui s'applique) :  Tâches et heures normales  Tâches modifiées  Heures modifiées

Non Quand prévoyez-vous retourner au travail? \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa) **OU**  Date inconnue **OU**  Je ne prévois pas y retourner

Quelle est la nature de l'affection qui vous empêche de travailler?

Votre affection est-elle liée au travail?  Non  Oui

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (suite)

Votre affection résulte-t-elle d'un accident?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand l'accident s'est-il produit? \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Comment l'accident s'est-il produit?  
\_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident de véhicule motorisé?  Non  Oui Dans quelle province votre accident est-il survenu? \_\_\_\_\_

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

Date de l'admission : \_\_\_\_\_ Date du congé : \_\_\_\_\_ **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 : \_\_\_\_\_ Type d'opération : \_\_\_\_\_

La récupération postopératoire est-elle la seule raison médicale pour laquelle vous ne pouvez pas retourner travailler?  Non  Oui  Je ne sais pas

Veuillez fournir les renseignements suivants sur le prestataire de soins de santé associé à la présente demande de règlement :

Médecin de premier recours : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres prestataires de soins de santé associés à la présente demande de règlement?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

Médecin de premier recours : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin de premier recours : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## 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 »), à condition que j'y sois toujours admissible. 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 les \_\_\_\_\_ après avoir reçu un avis m'informant du montant exact du trop-perçu 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 trop-perçu dans le délai prévu, la Canada Vie pourrait prendre toutes les mesures nécessaires pour recouvrer le trop-perçu, y compris retenir les prestations d'invalidité payables ou déduire le montant du trop-perçu de mes prestations payables au titre du régime collectif.

