

Veillez suivre les étapes décrites dans le présent document pour présenter une demande de prestations d'invalidité.

Comme l'exige votre régime collectif, vous devez informer la Great-West de votre invalidité à l'intérieur d'un délai précis après que votre invalidité se manifeste. Cela veut dire que vous devriez informer la Great-West de votre invalidité le plus tôt possible. Pour ce faire, vous pouvez télécopier ou envoyer par la poste votre déclaration de l'employé, votre formulaire de consentement et toute autre information pertinente au sujet de votre demande de règlement au bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West. Les numéros de télécopieur et les adresses de tous les bureaux de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West se trouvent dans notre site Web. Vous pouvez aussi communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir ces renseignements.

PREMIÈRE ÉTAPE – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Remplissez la déclaration de l'employé et le formulaire de consentement si vous présentez une demande de prestations d'invalidité de courte ou de longue durée ou une demande d'exonération des primes d'assurance-vie ou bien si vous avez recours au Service d'orientation anticipée.

La déclaration de l'employé dûment remplie nous fournit de l'information de nature générale sur vous et vos renseignements médicaux en plus d'informer la Great-West de votre demande de règlement d'invalidité.

Un formulaire de consentement est inclus avec votre déclaration de l'employé. Il est nécessaire de signer ce formulaire pour que nous ayons l'autorisation d'obtenir des renseignements supplémentaires de la part de votre employeur, d'autres assureurs, de votre médecin, d'hôpitaux ou d'autres prestataires de soins afin que nous puissions évaluer adéquatement votre demande de règlement.

Nous pourrions partager des renseignements personnels avec votre employeur, comme vos capacités fonctionnelles, vos restrictions ou vos limitations, pour discuter de votre retour au travail. Nous pourrions partager des renseignements personnels avec le service de santé au travail de votre employeur, comme votre diagnostic, vos résultats de tests ou vos rapports médicaux, si ce service participe aux activités entourant votre ou vos demandes de règlement.

DEUXIÈME ÉTAPE – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre médecin devra nous transmettre les renseignements médicaux nécessaires pour comprendre comment votre ou vos affections vous empêchent de travailler. Imprimez le questionnaire médical qui s'applique à votre état de santé et faites-le remplir par votre médecin. Il pourra le télécopier ou l'envoyer directement par la poste à la Great-West.

Vous pouvez choisir le formulaire qui vise les autres troubles si votre affection ne correspond pas à un diagnostic précis répertorié. En cas de doute au sujet du formulaire à présenter à votre médecin, vous pouvez choisir l'option « Imprimez tous les formulaires ».

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Votre employeur transmettra à la Great-West une déclaration de l'employeur en votre nom. Ce document confirme les renseignements relatifs à votre protection, à votre emploi et à votre rémunération mensuelle ainsi que d'autres informations nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement d'invalidité.

Si votre gestionnaire de régime ne nous a pas envoyé la déclaration de l'employeur au moment où nous recevrons votre déclaration de l'employé, nous communiquerons directement avec votre employeur pour obtenir ces renseignements.

NOTRE RESPONSABILITÉ

Nous commencerons notre examen de votre demande de règlement d'invalidité quand le bureau de gestion de l'assurance invalidité aura reçu votre déclaration de l'employé. Un représentant de la Great-West communiquera alors avec vous pour vous expliquer le déroulement du processus d'indemnisation et pour obtenir des renseignements supplémentaires qui pourraient être nécessaires.

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 Great-West 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 Great-West : _____

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 Great-West 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 Great-West 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 Great-West 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 Great-West. 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 Great-West 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 Great-West dans les 15 jours suivant la réception de toute autre prestation d'invalidité ou de revenus à déclarer.
- Rembourser la Great-West 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 Great-West. Je comprends que si je ne rembourse pas le trop-perçu dans le délai prévu, la Great-West 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.

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

La Great-West 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

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 Great-West 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 lagreatwest.com ou écrivez au chef de la conformité de la Great-West.

Le numéro de votre régime collectif	Votre nom en caractères d'imprimerie	Date (jj-mm-aaaa)
Votre numéro d'identification de la Great-West	Votre signature 	Votre numéro de téléphone