

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

Veillez 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.

