

Déclaration du participant au régime – Assurance collective Formulaire de demande de prestation invalidité – Assurance collective

Veuillez répondre à toutes les questions.

Des déclarations supplémentaires peuvent être présentées en cas de manque d'espace. Veuillez noter que les dispositions contractuelles qui s'appliquent à la garantie Invalidité de courte durée comprennent des restrictions et des exclusions. Veuillez consulter votre brochure d'assurance collective pour vous aider à bien comprendre votre couverture, en prêtant une attention particulière aux sections portant sur les périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations et sur les exclusions. Pour un traitement rapide de votre demande, assurez-vous d'apposer votre signature à la section 10.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Assurance collective, Manuvie

Règlements Invalidité

C.P. 400, succ. Place-d'Armes, Montréal (Québec) H2Y 3H1

Tél. : 1 866 236-6313 ou 514 288-6268

Télé. : 1 866 292-9050 ou 514 286-6738

Courriel : groupe_invalidite@manuvie.com

1 Demande de prestation

Veuillez préciser le type de garantie pour laquelle le participant au régime soumet une demande de prestation.

Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération de primes Maladies graves Mutilation

2 Renseignements sur le participant

Vous trouverez votre numéro de contrat, votre numéro de division et votre numéro de certificat du participant sur votre carte d'avantages sociaux.

Nom du promoteur de régime _____

Numéro de contrat _____ Division _____ Numéro de certificat _____

Nom (prénom(s) et nom de famille) _____ M. Mme

Numéro d'assurance sociale (si les prestations sont imposables) _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Sexe _____

Taille _____ Poids _____ Nombre et âge des personnes à charge _____ Langue de communication : Français Anglais

Adresse (numéro, rue et appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone principal _____ Téléphone cellulaire _____

Téléphone au travail _____ Poste _____

En fournissant mon adresse électronique personnelle, j'autorise Manuvie à utiliser cette adresse comme autre moyen de communiquer avec moi au sujet de mon dossier. Il est entendu que tout courriel peut contenir des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, professionnels et financiers. Il est entendu que la confidentialité de ces renseignements ne peut pas être protégée lors d'un envoi par courriel.

Courriel _____

3 Autorisation de virement automatique

Veuillez remplir la présente section afin de consentir à recevoir les versements de prestations au moyen du virement automatique, si votre promoteur de régime le permet et que la demande de prestation est approuvée.

Si vous établissez le virement automatique des prestations sur un compte d'épargne, veuillez fournir les renseignements demandés, signer l'autorisation et joindre une copie de votre relevé bancaire.

Si vous établissez le virement automatique sur un compte-chèques, veuillez signer l'autorisation et joindre un chèque portant la mention « nul » dans l'espace prévu à cet effet ci-après.

Nom de l'institution financière _____

Adresse de l'institution financière (numéro, rue et bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Type de compte : Chèques Épargne

Numéro de la domiciliation ou de succursale (5 chiffres) _____ Numéro de l'institution (3 chiffres) _____

Numéro de compte bancaire (maximum de 12 chiffres) _____

Suite à la page suivante

3 Autorisation de virement automatique (suite)

Par la présente, j'autorise, jusqu'à nouvel ordre, Manuvie à verser dans mon compte bancaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat ci-dessus. Il est entendu que Manuvie ne sera liée par aucune autre obligation en ce qui touche les prestations versées conformément à la présente et qu'elle peut à tout moment mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel. **Je soussigné, en mon nom, au nom de mes héritiers, liquidateurs de succession, administrateurs et ayants droit, consens par la présente** à ce que toute somme versée à la banque par Manuvie après mon décès lui soit remboursée afin qu'elle puisse, le cas échéant, la remettre à la ou aux personnes y ayant droit selon les conditions du contrat. **J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS), s'il y a lieu, aux fins de traitement de ma demande de virement automatique pour les contrats d'assurance vie et assurance maladie collectives. Si mon NAS correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** également son utilisation aux fins d'identification et d'administration. La demande et l'autorisation ci-dessus valent pour tout autre compte ouvert dans cette institution financière ou dans toute autre institution financière que je pourrais subséquemment désigner.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) _____

Veillez apposer un chèque annulé ici, le cas échéant.

4 Renseignements sur la blessure

Emploi _____ Date d'embauche initiale (jj/mmmm/aaaa) _____

Votre blessure ou maladie est-elle liée au travail? Oui Non

Si *non*, veuillez préciser la raison de votre arrêt de travail : Maladie Blessure subie hors du travail Accident d'automobile
(veuillez fournir une copie du rapport de police)

Si vous avez subi une blessure, veuillez préciser comment, où et quand la blessure s'est produite.

Une procédure judiciaire est-elle en cours? Oui Non Dans l'*affirmative*, veuillez fournir les coordonnées de l'avocat.

Nom de l'avocat _____ Téléphone de l'avocat _____

Adresse de l'avocat (numéro, rue, bureau) _____

5 Renseignements sur le travail

Quelle est la date de votre dernière journée de travail? (jj/mmmm/aaaa) _____

S'agissait-il d'une journée complète ou d'un quart complet? Oui Non Si *non*, combien d'heures de travail avez-vous effectuées lors de votre dernière journée de travail? _____

Avez-vous exercé tout emploi rémunéré ou non depuis la date de votre dernière journée de travail? Oui Non

Dans l'*affirmative*, veuillez fournir des précisions.

Dates (jj/mmmm/aaaa)

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

_____ Du _____ au _____

6 Renseignements sur la maladie

Quand avez-vous été traité par un médecin pour la première fois dans le cadre de votre absence actuelle? (jj/mmmm/aaaa) _____

Veillez décrire vos symptômes et indiquer leur fréquence.

Quelles tâches vos symptômes vous empêchent-ils d'accomplir dans le cadre de votre emploi?

Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou blessure ou d'une maladie ou d'une blessure semblable? Oui Non

Cette maladie ou cette blessure a-t-elle entraîné une absence du travail? Oui Non

Si oui, veuillez préciser en incluant les traitements reçus et les dates.

Avez-vous une date prévue de retour au travail? Oui Non Si oui, veuillez indiquer cette date (jj/mmmm/aaaa). _____

7 Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez indiquer les renseignements de tous les professionnels de la santé que vous avez consultés dans les **12 DERNIERS MOIS**, en commençant par la consultation la plus récente et en incluant les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc. Si l'espace compris ci-dessous est insuffisant, veuillez indiquer les renseignements sur les professionnels de la santé supplémentaires sur une feuille distincte.

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

Nom _____ Spécialité _____

Adresse du professionnel de la santé (numéro, rue, bureau) _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Consultation : Du : (jj/mmmm/aaaa) _____ au : (jj/mmmm/aaaa) _____

Date de la prochaine consultation (jj/mmmm/aaaa) _____ Fréquence des consultations _____

8 Renseignements sur les autres sources de revenus Si vous recevez des prestations ou avez présenté une demande d'indemnité auprès d'une des sources suivantes, veuillez remplir la présente section et soumettre une copie de votre avis d'acceptation, le cas échéant.

Source	Avez-vous présenté une demande d'indemnité?		Recevez-vous des versements?		Date du début de l'indemnisation (jj/mmmm/aaaa)	Somme (\$)	Veuillez préciser ou fournir le numéro de demande, le nom de la personne-ressource et son numéro de téléphone
	Oui	Non	Oui	Non			
Régime de pensions du Canada/ Régime de rentes du Québec							
<input type="radio"/> Invalidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<input type="radio"/> Retraite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Indemnisation des accidents de travail*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Assurance-emploi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Assurance automobile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Autre assurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Revenu tiré d'autres sources	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

* Comprend toutes les indemnités versées en cas de maladie ou blessure liée au travail, notamment par la Commission des accidents du travail (CAT), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

9 Quand communiquer avec Manuvie

COMMUNIQUEZ RAPIDEMENT AVEC MANUVIE DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

Il est entendu que je dois aviser Manuvie immédiatement si :

- a) mon état de santé s'améliore, même si je ne suis pas encore retourné au travail;
- b) je commence à travailler, soit en tant que salarié ou en tant que travailleur autonome;
- c) je présente une demande de prestation en vertu de tout régime ou loi d'indemnisation des accidents du travail, comme il est défini à la section 8;
- d) je présente une demande de prestation en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- e) je reçois des prestations ou un revenu provenant de toute autre source;
- f) je suis hospitalisé ou j'ai obtenu mon congé de l'hôpital;
- g) je reçois tout autre revenu ou prestation en raison de mon invalidité;
- h) je quitte le pays ou je pars en voyage;
- i) j'effectue, ou j'envisage d'effectuer, un retour aux études.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

10 Entente, autorisation et attestation

Veuillez signer la présente autorisation et la faire parvenir à Manuvie en utilisant l'un des moyens suivants :

- Par télécopieur :** 1 866 292-9050 ou 514 286-6738
- Par courriel :** groupe_invalidite@manuvie.com
- Par courriel postal :** Assurance collective, Manuvie
Règlements Invalidité, C.P. 400, succ. Place-d'Armes, Montréal (Québec) H2Y 3H1

Je confirme

- que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire, comme ceux que je fournirai oralement ou par écrit ultérieurement, sont à ma connaissance véridiques et complets.
- que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de prestations peut être refusée et ma couverture prendre fin.
- que j'accepte de rembourser toutes sommes que je pourrais devoir à Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations.

J'autorise

- Manuvie et ses prestataires de services, les réassureurs de Manuvie et ses prestataires de services, toute personne physique ou morale détenant des renseignements à mon sujet, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou de programmes d'avantages sociaux à recueillir, utiliser, conserver et divulguer mes renseignements personnels aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, de la gestion et de l'évaluation de mon dossier, y compris d'évaluations par des médecins indépendants.
- Manuvie à communiquer des renseignements à mon employeur, ou à un tiers conseiller de mon employeur aux fins de la gestion et de l'analyse du régime seulement et je reconnais que mes renseignements médicaux ne seront pas divulgués à mon employeur sans mon consentement explicite.
- l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration fiscale et aux fins d'identification et d'administration, si mon NAS correspond à mon numéro de certificat.

Je reconnais

- qu'une photocopie ou la version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.
- que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site au <https://www.manuvie.ca/corporatif/principes-et-protection-des-renseignements-personnels/enonce-de-confidentialite.html> ou en m'adressant au promoteur de régime.

Je comprends

- que tout renseignement personnel reçu ou recueilli par Manuvie conformément à la présente autorisation sera conservé dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. L'accès à mes renseignements personnels et leur divulgation sera limité aux personnes suivantes : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi.
- que j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.
- que je peux révoquer cette autorisation en tout temps en faisant parvenir des directives écrites à Manuvie.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) _____

Remarque : Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité de Manuvie auquel pourraient avoir accès l'employé, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par les lois applicables.