

# Prestations d'invalidité

## Directives pour remplir la Déclaration de l'employé

### Comment présenter une demande de prestations d'invalidité

Vous devez informer la Canada Vie de votre invalidité le plus tôt possible :

- Remplissez la Déclaration de l'employé et le formulaire de consentement.
- Envoyez par la poste, télécopieur ou courriel votre Déclaration de l'employé et votre formulaire de consentement dûment remplis ainsi que tout autre renseignement qui vous semble pertinent au Bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Canada Vie (BGAi). Notre numéro de télécopieur et notre adresse courriel se trouvent sur notre site Web à l'adresse [canadavie.com](http://canadavie.com). Vous pouvez également vous les procurer auprès de votre employeur ou en téléphonant au **1 855 755-6729**.

Votre signature sur le formulaire de demande de règlement et votre consentement sont nécessaires pour nous assurer que vous comprenez l'objet de votre demande de règlement ainsi que les garanties. Elles donnent également à la Canada Vie la permission d'obtenir des renseignements supplémentaires auprès des personnes suivantes :

- Votre employeur
- D'autres assureurs
- Votre médecin et tout autre prestataire de soins médicaux

Veillez envoyer ces formulaires à la Canada Vie huit semaines avant la fin de la période d'attente si votre demande concerne des prestations d'assurance invalidité de longue durée, ou dans un délai de dix jours suivant la date de l'invalidité si votre demande vise des prestations d'assurance invalidité de courte durée afin d'assurer un traitement rapide.

### Raisons pour lesquelles nous avons besoin de renseignements médicaux

Les renseignements médicaux sont nécessaires pour comprendre comment votre état de santé vous empêche de travailler. Veuillez imprimer la Déclaration du médecin traitant qui correspond le mieux à votre situation et demandez à votre prestataire de soins médicaux de la remplir. La Déclaration du médecin traitant peut nous être envoyée directement.

### Renseignements fournis par votre employeur

Votre employeur remplira la Déclaration de l'employeur confirmant les renseignements sur votre emploi afin que nous puissions évaluer et administrer votre demande de règlement d'assurance invalidité. Votre employeur enverra le formulaire dûment rempli directement à la Canada Vie.

### Vos responsabilités

Rappel :

- Restez en contact avec votre employeur, vos collègues et la Canada Vie pendant votre rétablissement.
- Établissez des objectifs pour favoriser votre rétablissement.
- Restez actif. Prenez soin de vous.

Discutez de votre plan de retour au travail avec votre prestataire de soins médicaux. Se rétablir au travail peut être une option saine. La Canada Vie privilégie un retour au travail rapide et vous aidera à vous préparer un avenir en santé.

Pour amorcer le processus de présentation de la demande de règlement :

- Remplissez la Déclaration de l'employé et le Formulaire de consentement.
- Demandez à votre prestataire de soins médicaux de remplir la Déclaration du médecin traitant.
- Présentez les formulaires dans un délai de huit semaines avant la fin de la période d'attente si vous présentez une demande d'assurance invalidité de longue durée ou dans les dix jours suivant la date de l'invalidité s'il s'agit d'une demande d'assurance invalidité de courte durée ou de Services d'orientation anticipée. Le versement des prestations peut être retardé si vos formulaires sont reçus tardivement, ou la demande de prestations pourrait être refusée si les 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, exacts et complets.**

Nom de votre employeur : \_\_\_\_\_

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

### Renseignements personnels

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non précisé ☐ Autre Date de naissance (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Endroit où vous travaillez (ville et 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

Courriel : \_\_\_\_\_

*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.*

### Renseignements relatifs à votre emploi

Quel a été votre dernier jour de travail (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

Quel a été le premier jour où vous n'avez pas pu travailler? (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous retourné au travail? ☐ Non ☐ Oui **Dans l'affirmative**, quand y êtes-vous retourné? (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

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

**Dans la négative**, quand prévoyez-vous y retourner? (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

**OU** ☐ Date inconnue **OU** ☐ Je ne prévois pas y retourner

Quelles tâches liées à votre emploi êtes-vous en mesure d'accomplir?

\_\_\_\_\_

Pendant votre absence, avez-vous effectué un **autre** travail? ☐ Non ☐ Oui Si ou, veuillez fournir une description :

\_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux

Quel est le problème de santé à l'origine de votre absence du travail?

---

Votre affection est-elle liée au travail? ☐ Non ☐ Oui **Si oui**, numéro du dossier au titre de l'indemnité d'accident du travail : \_\_\_\_\_

Votre affection résulte-t-elle d'un accident? ☐ Non ☐ Oui **Si oui** :

Où et quand l'accident s'est-il produit? (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

Comment l'accident s'est-il produit?

---

Votre affection résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé? ☐ Non ☐ Oui **Si oui**, dans quelle province l'accident s'est-il produit?

---

## Renseignements sur le traitement

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

Date de l'admission (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ Date du congé (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ **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 (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ Type d'opération : \_\_\_\_\_

Autres traitements (béquilles, physiothérapie, médicaments, etc.) :

---

---

---

Prestataire de soins de premier recours :

Nom du prestataire de soins : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Depuis quand voyez-vous ce prestataire de soins? (aaaa-mm) \_\_\_\_\_

Voyez-vous d'autres prestataires de soins par rapport à cette demande de règlement? ☐ Non ☐ Oui

**Si oui**, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom du prestataire de soins : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Depuis quand voyez-vous ce prestataire de soins? (aaaa-mm) \_\_\_\_\_

Nom du prestataire de soins : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Depuis quand voyez-vous ce prestataire de soins? (aaaa-mm) \_\_\_\_\_

***Veillez joindre une feuille séparée si vous avez besoin d'espace supplémentaire.***

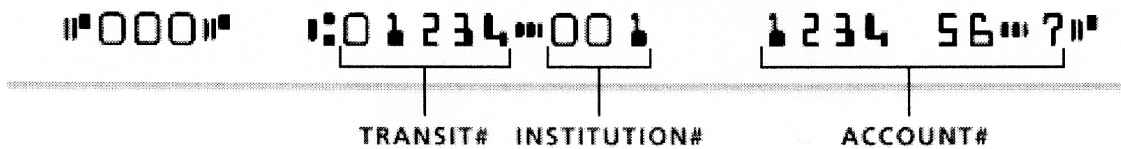
## Dépôt direct

**Veillez fournir vos renseignements bancaires ci-dessous ou joindre un chèque annulé si vous voulez que vos prestations d'assurance invalidité soient déposées directement dans votre compte de banque.**

**Si vous ne fournissez pas les renseignements demandés ci-dessous, les renseignements bancaires fournis précédemment pour d'autres prestations au titre de ce régime collectif (p. ex. pour les soins médicaux ou les soins dentaires) seront utilisés pour toute prestation d'assurance d'invalidité payable.**

Nom de la banque ou de la coopérative de crédit : \_\_\_\_\_

Numéro de domiciliation : \_\_\_\_\_ Numéro de l'institution : \_\_\_\_\_ Numéro de compte : \_\_\_\_\_



## Renseignements financiers

Vous devez déclarer tout revenu que vous recevez à la Canada Vie. Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous un revenu en raison de votre invalidité ou pour une autre raison? (veuillez cocher Non ou Oui)

|                                                                                                                                | Demandé                                                   | Reçois                                                    | Montant brut | Date de début |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| • Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec :                                                                    |                                                           |                                                           |              |               |
| o Prestations d'invalidité                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| o Prestations pour pers. à charge en raison de votre invalidité                                                                | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| o Rente de retraite                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| o Autre (veuillez préciser) _____                                                                                              | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| • Prestations d'une commission des accidents du travail                                                                        | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| • Prestations d'ICD ou de congé de maladie                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| • Autre revenu (p. ex., indemnité d'assurance automobile, prestations d'assurance-emploi, prestations d'un régime de retraite) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |
| Veillez préciser _____                                                                                                         |                                                           |                                                           |              |               |
| • Revenu d'un travail indépendant ou tout autre revenu d'emploi.                                                               | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | _____        | _____         |

**Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez joindre une copie du relevé initial des prestations ou des détails du paiement pour chaque type de revenu.**

## Autres protections

Outre les prestations que vous demandez ici, veuillez indiquer si vous bénéficiez d'une autre protection d'assurance auprès de la Canada Vie ou d'un autre assureur :

|                                                                     | Numéro de régime/police | Compagnie d'assurance |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité individuelle :        | _____                   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Assurance vie individuelle                 | _____                   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Assurance créances/prêt                    | _____                   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Assurance maladies graves                  | _____                   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programme d'établissement standard garanti | _____                   | _____                 |

**À NOTER :** Si vous détenez une protection aux termes du Programme d'établissement standard garanti de la Canada Vie, il faudra également utiliser le présent formulaire à des fins de déclaration d'invalidité au titre de ce programme.

## 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 »). 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 le délai précisé après avoir reçu un avis m'informant du montant exact du paiement en trop 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 paiement en trop dans le délai prévu, la Canada Vie pourrait prendre toutes les mesures nécessaires pour recouvrer le paiement en trop, y compris retenir les prestations d'invalidité payables ou déduire le montant du paiement en trop de mes prestations payables au titre du régime collectif.

## Déclaration

- ☐ Je déclare que les renseignements fournis sont justes. Je comprends et j'accepte les conditions établies dans la section Déclaration portant sur le revenu et entente de remboursement. Je comprends aussi que je dois imprimer, signer et soumettre mon Formulaire de consentement à la Canada Vie.

|                                      |                                                                                                  |                   |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Votre numéro de régime collectif     | Votre numéro d'identification de la Canada Vie                                                   | Date (aaaa-mm-jj) |
| Votre nom en caractères d'imprimerie | Signature<br> |                   |



## Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

## Comment nous utilisons vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et afin d'améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et pour vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

## Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels

Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes, d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'exams paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

## Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels

Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre [compte en ligne](#) ou en présentant une demande par l'entremise de notre [centre de protection des renseignements personnels](#) à l'adresse [canadavie.com/confidentialite](https://canadavie.com/confidentialite). Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder ou corriger vos renseignements personnels, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site [canadavie.com/confidentialite](https://canadavie.com/confidentialite).



# Votre consentement

## Communication de vos renseignements personnels

Pour nous permettre de traiter votre demande de règlement, vous devez lire la présente entente et signer dans l'encadré ci-dessous.

### Nous recueillons, utilisons et communiquons 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 en vue d'un éventuel retour au travail
- Vérifier l'évaluation de votre demande de règlement
- Gérer les données internes à des fins d'analyse

Nous pourrions aussi utiliser votre NAS à des fins de déclaration fiscale si cela est nécessaire à l'administration de vos prestations.

### Lorsque cela est nécessaire et pertinent pour les besoins précités, nous pouvons recueillir vos renseignements personnels et les échanger avec les personnes ou groupes suivants :

- Des fournisseurs de soins de santé et de soins de réadaptation
- Des compagnies d'assurance et de réassurance
- Les gestionnaires de régime et les administrateurs de programmes d'État et de tout autre programme d'avantages sociaux
- Votre employeur, votre répondant de régime et votre gestionnaire de régime (pour discuter de la planification de votre retour au travail)
- Votre représentant syndical
- Le service de santé au travail de votre employeur
- Les fournisseurs de services et d'autres organisations qui collaborent avec nous ou avec d'autres parties mentionnées ci-dessus (nous pouvons faire appel à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada)
- Un vérificateur autorisé par nous, votre employeur, votre répondant de régime ou leur agent

## Consentement, autorisation et déclaration en matière de protection des renseignements personnels

- ✓ J'ai lu et compris le contenu de ce formulaire et je l'accepte. J'autorise la Canada Vie à recueillir et à divulguer mes renseignements personnels.
- ✓ Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués comme il est indiqué ci-dessus.
- ✓ Sauf à des fins de vérification, mon autorisation demeurera valide pendant toute ma période d'indemnisation ou jusqu'à ce que je l'annule par écrit.
- ✓ Toutes les déclarations que j'ai faites en ce qui concerne ma demande de règlement sont véridiques et complètes.
- ✓ Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

|                                        |                  |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numéro de votre régime collectif       |                  | Numéro d'identification auprès de la Canada Vie                                                  | Date (aaaa-mm-jj)                                                                                                                                                               |
| Numéro de téléphone                    | Adresse courriel |                                                                                                  | Si vous désirez que la Canada Vie communique avec vous par courriel sécurisé au sujet de votre demande de règlement d'invalidité, veuillez nous fournir votre adresse courriel. |
| Votre nom (en caractères d'imprimerie) |                  | Signature<br> |                                                                                                                                                                                 |