

- Veuillez répondre à toutes les questions.
- Veuillez joindre tout renseignement complémentaire dont, selon vous, nous devrions tenir compte lors de l'étude du dossier de l'employé.
- Le présent avis doit être envoyé à Manuvie sans délai.

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 Téléc. : 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 promoteur de régime

Numéro de contrat _____ Nom du promoteur de régime _____

Adresse (numéro, rue et bureau) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de la personne-ressource du promoteur du régime _____ Titre du poste _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Coordonnées des personnes-ressources du centre de santé et pour le retour au travail

Veuillez fournir les renseignements sur la personne-ressource du centre de santé responsable des absences liées à l'invalidité, s'il s'agit d'une autre personne que celle indiquée ci-dessus.

Nom _____ Titre du poste _____

Téléphone _____ Courriel _____

S'il s'agit d'une autre personne que celle indiquée ci-dessus, veuillez fournir les renseignements sur la personne-ressource responsable du retour au travail lorsque les capacités et les limitations de l'employé sont connues.

Nom _____ Titre du poste _____

Téléphone _____ Courriel _____

3 Renseignements sur le participant au régime et le travail

Nom (prénom(s) et nom de famille) _____

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____

Numéro de certificat _____ Téléphone principal _____ Téléphone cellulaire _____

Catégorie _____ Division _____ Titre du poste _____

Employé permanent Oui Non Date d'embauche (jj/mmmm/aaaa) _____

À quelle date la couverture du participant est-elle entrée en vigueur dans le cadre du présent régime? Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Y a-t-il eu interruption de la couverture du participant au régime? Oui Non

Veuillez indiquer l'**HORAIRE** de travail d'une semaine normale.

S'agit-il d'un travail par quarts? Oui Non

Si *oui*, veuillez indiquer l'horaire de travail ou joindre une copie de celui-ci.

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Horaire de travail quotidien							

Veuillez fournir des précisions si l'horaire de travail du participant au régime est rotatif ou variable : _____

Le participant doit-il effectuer des quarts de nuit? Oui Non

Salaire brut du participant au régime à son dernier jour de travail _____ \$ Par semaine Par mois

Le participant au régime est un : Employé salarié Employé horaire

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

3 Renseignements sur le participant au régime et le travail (suite)

S'agissait-il d'une journée complète ou d'un quart complet? Oui Non

Si *non*, combien d'heures de travail ont été effectuées? _____ L'absence est-elle liée au travail? Oui Non

Quelle est la date de la première journée de travail manquée par le participant? Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Le participant est-il retourné au travail? Oui Non Si *oui*, quand? Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Dans le cadre de son retour au travail, le participant effectue : Ses tâches habituelles Des tâches modifiées

Renseignements fiscaux – ne remplir que si les prestations sont imposables

Code TD1 _____ Code TP1 _____ Veuillez indiquer la province de résidence du participant aux fins de l'impôt sur le revenu _____

Le revenu d'emploi est-il exempté selon les dispositions de la *Loi sur les Indiens* et de la *Loi de l'impôt sur le revenu*? Oui Non Si *oui*, veuillez fournir une copie du formulaire TD1-IN.

Veuillez indiquer si les prestations suivantes ont été versées (ou sont payables) depuis la date de la dernière journée de travail du participant.

	Montant	Dates (jj/mmmm/aaaa)
Continuation du salaire	_____	Du _____ au _____
Vacances	_____	Du _____ au _____
Congés de maladie	_____	Du _____ au _____
Indemnité de départ	_____	Du _____ au _____
Prestations d'assurance-emploi	_____	Du _____ au _____
Autre* _____ (veuillez préciser de quelle source)	_____	Du _____ au _____

* Par exemple : prestations d'invalidité de courte durée, commissions, bonis ou rente de retraite. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

4 Assurance vie Remplissez la présente section pour les régimes autogérés demandant l'exonération de primes ou veuillez fournir une copie de la demande d'adhésion.

Assurance vie collective

Numéro de contrat _____ Division _____ Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) _____

Salaire annuel _____ \$ Date de la dernière augmentation (jj/mmmm/aaaa) _____

État de la couverture d'assurance vie lors de la dernière journée où le participant a été effectivement au travail Résiliée Active Suspendue

Montant de la couverture d'assurance vie

- De base _____ \$ Du conjoint _____ \$ Des enfants à charge _____ \$
 Facultative _____ \$ Facultative du conjoint _____ \$ Autre _____ \$
(veuillez préciser)

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

Numéro de contrat _____ Division _____ Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) _____

Montant de la couverture d'assurance DMA

- De base _____ \$ Facultative _____ \$ Du conjoint _____ \$ Facultative du conjoint _____ \$

Rente de survie

Numéro de contrat _____ Division _____ Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) _____

Montant mensuel de la rente de survie _____ \$ Type de couverture Conjoint Conjoint et enfants Autre _____
(veuillez préciser)

Assurance maladies graves

Numéro de contrat _____ Division _____ Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) _____

Montant d'assurance maladies graves

- De base du participant _____ \$ Facultative du participant _____ \$ Du conjoint _____ \$ Des enfants _____ \$

5 Déclaration Je certifie que tous les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Nom _____ Titre _____

Signature _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

La section 6 doit être remplie par le supérieur du participant au régime.

6 Renseignements sur l'emploi Cette section peut être détachée du formulaire au besoin. Veuillez joindre une analyse des exigences physiques, s'il y a lieu.

Rempli par :

Nom et titre _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Quel emploi occupait le participant immédiatement avant son arrêt de travail? _____

Les tâches ou les heures de travail du participant étaient-elles modifiées? Oui Non Le cas échéant, depuis quand? (jj/mmmm/aaaa) _____

Veuillez décrire quelles sont les tâches habituelles du participant (ou joindre une copie de la description de poste de l'entreprise) et les modifications qui y ont été apportées, s'il y a lieu.

7 Analyse des exigences de l'emploi L'analyse des exigences de l'emploi du participant au régime doit être remplie par son supérieur. Dans la colonne appropriée, veuillez préciser la fréquence à laquelle les activités suivantes sont effectuées :

Activité	S.O.	PEU FRÉQUENTE De 0 à 33 % de la journée de travail	FRÉQUENTE De 34 à 66 % de la journée de travail	CONSTANTE De 67 à 100 % de la journée de travail
	Marcher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rester assis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tenir debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduire ou manœuvrer de la machinerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monter et descendre des marches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'emploi occupé par l'employé demande-t-il d'effectuer des mouvements répétitifs? Oui Non

Soulever une charge	S.O.	PEU FRÉQUENTE De 0 à 33 % de la journée de travail	FRÉQUENTE De 34 à 66 % de la journée de travail	CONSTANTE De 67 à 100 % de la journée de travail	Pousser ou tirer une charge	S.O.	PEU FRÉQUENTE De 0 à 33 % de la journée de travail	FRÉQUENTE De 34 à 66 % de la journée de travail	CONSTANTE De 67 à 100 % de la journée de travail
11-20 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11-20 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21-50 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21-50 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
51-100 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51-100 lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
100+ lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100+ lb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Le participant utilise-t-il un appareil de levage? Oui Non

Activité	Définition	S.O.	PEU FRÉQUENTE De 0 à 33 % de la journée de travail	FRÉQUENTE De 34 à 66 % de la journée de travail	CONSTANTE De 67 à 100 % de la journée de travail
Compréhension et mémoire	Comprendre les directives et s'en souvenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentration soutenue	Maintenir son attention et sa concentration pendant de longues périodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interaction sociale	Interagir avec des collègues ou avec le public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptation et exécution de plusieurs tâches à la fois	Réagir à de fréquents changements, jongler avec les tâches et en établir les priorités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect des échéances	Travailler avec des délais serrés et des échéances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilités et obligation de rendre compte	Les erreurs de jugement ou d'attention peuvent entraîner de graves conséquences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Déclaration Je certifie que tous les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Nom _____ Titre _____

Signature _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Remarque : Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le participant au régime, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par les lois applicables. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant aux présentes soit divulguée.