

Veillez suivre les étapes décrites ci-dessous pour vous aider à présenter une demande de prestations d'invalidité.

Votre régime collectif dispose d'une période de déclaration de sinistre-invalidité. Cela signifie que vous devez 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 chargé de la traiter. Les numéros de télécopieur et les adresses de tous les bureaux de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West se trouvent sur notre site Web. Vous pouvez aussi communiquer avec votre gestionnaire de régime pour obtenir ces renseignements.

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

Veillez remplir 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 si vous avez recours au Service d'orientation anticipée.

La déclaration de l'employé contient des questions générales sur vous et votre état de santé et informe la Great-West de votre déclaration de sinistre-invalidité.

Un formulaire de consentement est inclus avec votre déclaration de l'employé. Il est nécessaire d'apposer votre signature sur ce document pour que nous soyons autorisés à obtenir des renseignements supplémentaires de la part de votre employeur, de votre médecin, des hôpitaux, d'autres assureurs ou fournisseurs de soins afin de pouvoir évaluer adéquatement votre demande 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 portant sur les autres troubles si votre affection ne correspond pas à un diagnostic précis répertorié ou imprimer tout le document si vous n'êtes pas certain de savoir quel est le bon formulaire à apporter à votre médecin.

### 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 passerons en revue votre demande de règlement d'invalidité quand le bureau de gestion de l'assurance invalidité concerné recevra votre déclaration de l'employé. Il est alors possible qu'un représentant de la Great-West communique avec vous pour obtenir des renseignements supplémentaires ou qu'il vous explique le déroulement du processus d'indemnisation.

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.**

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de la Great-West : \_\_\_\_\_

**Les renseignements fournis dans le présent formulaire doivent être véridiques et complets.**

### RENSEIGNEMENTS DE L'EMPLOYÉ

M.  M<sup>me</sup> Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

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

Cellulaire : \_\_\_\_\_  Confidentiel

*Pour nous autoriser à laisser un message détaillé comprenant des renseignements personnels sur votre demande de règlement à un numéro précis, cochez la case Confidentiel à côté de ce numéro. Sinon, nous n'y laisserons qu'un message général avec l'information nécessaire pour nous rappeler.*

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  Confidentiel

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

*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.*

### 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)

Êtes-vous de retour au travail?  Oui Depuis quand? \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ **OU**  Date inconnue **OU**  Je ne prévois pas y retourner

Pendant votre absence, avez-vous effectué un autre travail?  Non  Oui

Quelle est la nature de l'affection qui vous empêche de travailler?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre affection est-elle liée au travail?  Non  Oui

Votre affection résulte-t-elle d'un accident?  Non  Oui

Quand l'accident est-il survenu? \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Comment l'accident est-il survenu?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident de véhicule motorisé?  Non  Oui

Dans quelle province votre accident est-il survenu? \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (suite)

Avez-vous été admis dans un hôpital?  Non  Oui

Date de l'admission : \_\_\_\_\_

Date du congé : \_\_\_\_\_ **OU**  Encore hospitalisé

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

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 fournisseur 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 fournisseurs de soins de santé associés à la présente demande de règlement?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous des prestations du Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec ou des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou d'un régime semblable?  Non  Oui

Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous une autre forme de revenus? (Par exemple, des prestations d'assurance automobile, des prestations d'invalidité de courte durée ou de maladie payables aux termes d'un régime parrainé par l'employeur, des prestations d'assurance-emploi, des prestations d'un régime de retraite d'employeur, un revenu d'un travail indépendant ou tout autre revenu d'emploi.)  Non  Oui

Décrivez l'autre source de revenus : \_\_\_\_\_

**Important** : Si votre demande de règlement est acceptée par la Great-West, le montant que vous recevez du Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec ou de la CSST pourrait avoir une incidence sur le montant des prestations versées par la Great-West. Si vous touchez de telles prestations, veuillez nous fournir une copie des relevés de prestation initiaux. Vous êtes également dans l'obligation d'aviser la Great-West si vous occupez un emploi ou recevez tout autre revenu pendant votre période d'invalidité.

Êtes-vous assuré aux termes de l'une des options de protection suivantes de la Great-West, de la Canada-Vie ou de la London Life? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent :

Assurance invalidité individuelle  Assurance-vie individuelle  Assurance créances  Assurance maladies graves

**À noter** : Si vous détenez une protection aux termes du Programme d'établissement standard garanti de la Great-West, il faudra également utiliser le présent formulaire pour déclarer votre invalidité au titre de ce programme

**!** Si vous présentez une demande de prestations d'invalidité de courte ou de longue durée, veuillez joindre chèque nul ou fournir vos renseignements bancaires. Toutes les prestations payables aux termes du régime collectif seront déposées dans le même compte bancaire.

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

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

⑈000⑈

⑈0 1 2 3 4 ⑈ 00 ⑈

⑈ 2 3 4 5 6 ⑈ 7 ⑈

N° DE LA  
SUCCURSALE L'ÉTABLISSEMENT  
BANCAIRE

N° DE COMPTE

## DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis sont justes. Je comprends aussi que je dois imprimer, signer et soumettre mon Formulaire de consentement à la Great-West.

Signature : \_\_\_\_\_ Date du jour : \_\_\_\_\_

# Votre consentement

Avant que nous puissions traiter votre demande de règlement et vous verser des 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 afin de pouvoir :

- 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

- Les fournisseurs 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
- Les fournisseurs de services et les autres organisations qui collaborent avec nous (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Canada)
- 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 et votre représentant syndical
- Un vérificateur autorisé par nous, votre employeur, votre répondant de régime ou leur agent



## 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 et nos fournisseurs de services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Canada

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité, visitez le site [lagreatwest.com](http://lagreatwest.com) ou écrivez au chef de la conformité de la Great-West.

## 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 utiliser 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.

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