

La Great-West

C O L L E C T I V E

Assurance invalidité de longue durée

Déclaration du salarié

Le présent guide explique comment présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée. Il comprend le formulaire que vous devez remplir pour aviser la Great-West du sinistre survenu et décrit les étapes qui suivront la réception de la déclaration de sinistre.

Votre employeur vous indiquera quel bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West évaluera votre demande. Vous devez faire parvenir le formulaire de déclaration de sinistre et toute autre correspondance à votre employeur ou au bureau en question.

Pour toute question sur votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec l'un des représentants de votre bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West.

Déclaration de sinistre, autorisation et déclaration du médecin traitant

Pour amorcer le processus de soumission de la demande de règlement, remplissez d'abord la déclaration de sinistre et le formulaire d'autorisation inclus dans le présent guide. De plus, veuillez demander à votre médecin de remplir la déclaration du médecin traitant. Ces formulaires doivent être soumis **au moins huit semaines** avant la fin de la période d'attente. **Le versement des prestations pourrait être retardé si ces formulaires nous parviennent moins de huit semaines avant la fin de la période d'attente.**

1. Déclaration de sinistre

La déclaration de sinistre comporte des questions générales sur vous-même, votre emploi et la nature de votre invalidité pour les besoins d'évaluation de votre demande de règlement. Veuillez répondre à toutes les questions en prenant soin d'indiquer votre **numéro de police collective**.

2. Formulaire d'autorisation

Nous avons besoin de votre autorisation pour obtenir les renseignements qui nous aideront à évaluer votre demande de règlement. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez la Great-West à demander ces renseignements à votre médecin, à votre employeur, à d'autres assureurs et aux hôpitaux où vous avez reçu un traitement.

3. Déclaration du médecin traitant

Demandez à votre médecin de remplir ce formulaire qui fournit des renseignements généraux sur votre état de santé.

Entretien téléphonique

Au début du processus d'évaluation détaillée, un représentant de la Great-West pourrait vous téléphoner pour obtenir des renseignements sur votre emploi, vos études, vos antécédents professionnels, vos antécédents médicaux et votre invalidité actuelle. Vous pourriez aussi devoir fournir des renseignements sur vos autres sources de revenu, car nous devons peut-être en tenir compte dans le calcul des prestations.

S'il n'est pas possible d'effectuer un entretien téléphonique en raison de problèmes médicaux ou d'une question de langue, nous procéderons autrement. Si nous recueillons suffisamment de renseignements au moyen des formulaires, l'entretien téléphonique pourrait se révéler superflu.

Transcription de l'entretien

Si nous procédons à un entretien téléphonique, la Great-West préparera une transcription qu'elle vous demandera de signer. Vous pourrez ainsi vérifier si vos réponses ont été consignées correctement.

En plus de la transcription précitée, on vous demandera de signer une déclaration relative aux autres sources de revenu auxquelles vous pouvez avoir droit.

Après avoir vérifié l'exactitude de la transcription et signé la déclaration relative au revenu, veuillez retourner les documents à la Great-West. L'étape de la présentation de votre demande de règlement sera alors terminée.

Déclaration de l'employeur

Lorsque votre employeur vous remet la présente brochure, il fait parvenir une déclaration de l'employeur à la Great-West. Cette déclaration confirme la date de prise d'effet de votre assurance, la nature de votre emploi, vos gains mensuels et d'autres renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement.

Renseignements médicaux

C'est à vous qu'il incombe de fournir les preuves médicales de votre admissibilité aux prestations d'invalidité, y compris les rapports médicaux. Cependant, afin de vous simplifier la tâche et d'éviter les retards, la Great-West communiquera directement avec votre médecin au besoin pour obtenir des renseignements médicaux supplémentaires. De cette façon, nous nous assurons également de la pertinence des questions posées à votre médecin relativement à votre demande.

Si des renseignements médicaux supplémentaires s'avèrent nécessaires, la Great-West mettra tout en œuvre pour les obtenir sans tarder. Vous serez avisé si nous ne recevons pas de réponse de votre médecin au cours des quatre semaines suivant l'envoi de la demande de renseignements.

Il se pourrait que votre médecin exige des honoraires pour la production de rapports médicaux relatifs à votre demande (y compris la déclaration ci-jointe). En pareil cas, il vous reviendra de payer ces frais. Toutefois, lorsque la Great-West s'adresse directement au médecin pour obtenir des renseignements médicaux, elle lui verse des frais de correspondance à titre de courtoisie.

Évaluation de la demande

Lorsque nous aurons reçu la déclaration de l'employeur, la transcription de l'entretien téléphonique dûment signée et les rapports médicaux, votre demande sera soigneusement évaluée, dans les plus brefs délais, par un gestionnaire en règlements et, au besoin, par un médecin-conseil de la Great-West.

Approbation des prestations

Si votre demande de prestations est acceptée conformément aux dispositions de votre régime collectif d'assurance invalidité, la Great-West vous fera parvenir un sommaire des prestations accordées et de toute prestation supplémentaire à laquelle vous pourriez avoir droit. Vous recevrez également des explications sur toute restriction applicable, le cas échéant.

Votre premier chèque de prestations sera établi à celle des dates suivantes qui est postérieure à l'autre :

1. la date qui tombe un mois après la fin de votre période d'attente;
2. la date à laquelle l'évaluation initiale de la demande de règlement est terminée.

AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Si votre demande est acceptée, vos chèques de prestations peuvent être déposés automatiquement dans votre compte bancaire au moyen du Transfert électronique de fonds (TEF) de la Great-West.

Si vous voulez profiter de ce service, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

- Compte d'épargne seulement (veuillez vous assurer de l'exactitude du numéro d'identification auprès de votre banque)
- Compte de chèques (veuillez joindre une formule de chèque portant la mention « NUL »)

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NOM DE LA BANQUE, SOCIÉTÉ DE FIDUCIE, CAISSE POPULAIRE, ETC.	N° DE LA BANQUE	N° DE DOMICILIATION	N° DE COMPTE.
ADRESSE DE LA SUCCURSALE	NOM DU DÉTENTEUR DU COMPTE		
VILLE ET PROVINCE	CODE POSTAL		

À NOTER : POUR ÉTABLISSEMENTS AU CANADA SEULEMENT

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE

DÉCLARATION DE SINISTRE

Identification

1. M. Mme

Prénom _____ Initiale du second prénom _____ Nom _____

Adresse : Numéro et rue _____

Case postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone: Domicile (_____) _____ Bureau (_____) _____

2. Numéro d'identification du salarié à la G.-W. : _____

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'identification. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

3. Numéro d'assurance sociale _____

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, seulement lorsque cela s'avère nécessaire pour l'administration de mes prestations.

Signature du salarié _____

4. Date de naissance : Année _____ Mois _____ Jour _____

Renseignements sur l'employeur

1. Nom de l'employeur : _____

Adresse : Numéro et rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone: Domicile (_____) _____

2. Numéro de la police collective _____

N'oubliez pas d'indiquer le numéro de la police collective. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

Entretien téléphonique

1. Indiquez les dates et les heures qui vous conviendraient le mieux pour un entretien téléphonique. (Veuillez prendre note que l'entretien téléphonique pourrait ne pas être nécessaire.)

2. S'il vous est impossible de participer à un entretien téléphonique, veuillez en préciser les raisons.

3. Dans quelle langue officielle souhaitez-vous que l'on communique avec vous? Français Anglais

Renseignements sur la demande de règlement

1. Quelle est la nature de votre affection? _____

2. Si l'invalidité est attribuable à un accident, donnez la date à laquelle l'accident est survenu :

Année _____ Mois _____ Jour _____

Indiquez le lieu et les circonstances de l'accident. _____

L'accident est-il lié au travail? Oui Non

3. Depuis quelle date votre invalidité vous empêche-t-elle d'accomplir vos tâches habituelles de façon continue?

Année _____ Mois _____ Jour _____

4. Avez-vous effectué un **autre** travail depuis cette date? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

5. Êtes-vous capable d'occuper tout autre emploi? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

6. Avez-vous déjà souffert de cette affection? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

Traitement médical

1. Nom et adresse du médecin supervisant actuellement votre traitement.

Nom : _____ Adresse : _____

2. Noms et adresses d'autres médecins vous ayant traité pour la même affection.

Nom : _____ Adresse : _____

Dates : du _____ au _____

Nom : _____ Adresse : _____

Dates : du _____ au _____

3. Avez-vous été hospitalisé? _____ Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de l'hôpital : _____ Adresse : _____

Dates : du _____ au _____

Nom de l'hôpital : _____ Adresse : _____

Dates : du _____ au _____

Autres revenus

1. Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous l'un des revenus suivants?

J'ai
demandé
Oui Non

Je
reçois
Oui Non

Montant

Prestations du RPC/RRQ _____ \$ par mois

Prestations de la CSST
(ou d'un régime semblable) _____ \$ par semaine

Prestations d'assurance-emploi _____ \$ par semaine

Prestations d'assurance automobile _____ \$ par semaine/mois

Prestations d'une autre assurance invalidité _____ \$ par semaine/mois

Prestations d'un régime de retraite d'employeur/
Revenu de pension _____ \$ par semaine/mois

Revenu d'un travail indépendant ou tout
autre revenu d'emploi _____ \$ par semaine/mois

Tout autre revenu _____ \$ par semaine/mois

Pendant votre période d'indemnisation, vous êtes tenu d'aviser la Great-West de :

- tout travail, rémunéré ou non, que vous exercez;
- tout revenu d'emploi qui vous est versé à vous-même ou qui est versé à une autre personne ou à une tierce partie par suite de tout travail que vous exercez.

2. Détenez-vous une assurance invalidité ou une assurance-vie individuelle auprès de la Great-West?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de police : _____

**SI VOUS RECEVEZ ACTUELLEMENT L'UN DES REVENUS CI-DESSUS, VEUILLEZ FOURNIR
DES COPIES DES RELEVÉS DE VOS PRESTATIONS INITIALES.**

Date : _____ Signature : _____

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), nous reconnaissons et nous respectons le droit des personnes au respect de leur vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont consignés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. Nous limitons l'accès aux informations consignées à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements pour évaluer votre demande de règlement et pour administrer le régime collectif.

Autorisations et déclarations

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements nécessaires et pertinents, au besoin, afin d'évaluer ma demande de règlement, d'administrer le régime collectif ou d'effectuer des évaluations indépendantes;
- la Great-West à échanger avec mon employeur, le répondant ou le gestionnaire du régime des renseignements pertinents afin de discuter de réadaptation et de la planification de mon retour au travail;
- la Great-West à divulguer des renseignements à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Great-West, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement.

Sauf à des fins de vérification, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente déclaration du salarié et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne ma demande de règlement d'assurance invalidité sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute prestation approuvée par suite d'une demande de règlement.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Téléphone

La présente ne constitue pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements provenant de vos dossiers. Il incombe au patient de faire remplir le présent formulaire et d'acquitter les frais exigés pour le remplir, le cas échéant.

Nom du patient : _____ Numéro d'identification du salarié à la G.-W. : _____

Nom de l'employeur : _____ Numéro du régime collectif : _____

Par la présente, j'autorise La Great-West, compagnie d'assurance-vie ou ses agents à prendre connaissance des renseignements fournis sur ce formulaire.

Date : _____ Signature du patient : _____

1. Antécédents médicaux

Date de l'apparition des symptômes ou date de l'accident : Année _____ Mois _____ Jour _____

Le patient a-t-il déjà été victime de cette affection ou d'une affection de ce genre? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le diagnostic et les dates de traitement. _____

2. Diagnostic (y compris toute complication)

Premier diagnostic : _____

Deuxième diagnostic : _____

Symptômes subjectifs : _____

Signes objectifs (y compris les résultats des radiographies, la tension artérielle, les résultats de tests de laboratoire et toute conclusion clinique pertinente). **Veuillez joindre une copie de vos notes cliniques relativement à cette période d'invalidité.**

3. Taille actuelle : _____ Poids actuel : _____

4. Selon vous, à partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail? Année _____ Mois _____ Jour _____

5. Traitement

Date de la première consultation : Année _____ Mois _____ Jour _____

Date de la dernière consultation : Année _____ Mois _____ Jour _____

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre

Si la fréquence est « autre », précisez : _____

Quel est le plan de traitement actuel (posologie, physiothérapie, autre traitement et progrès)?

6. L'affection est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie découlant du travail du patient?

Oui Non

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il présenté une demande d'indemnisation auprès de la CSST ou de la CAT au nom de votre patient à l'égard de cette affection? Oui Non

7. Veuillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :

- Tâches sédentaires : doit rester principalement en position assise; position debout et marche à l'occasion; peut soulever des charges de 5 kg ou moins.
- Tâches légères : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 5 kg, parfois jusqu'à 11 kg; peut avoir à marcher ou à rester debout ou assis fréquemment et à pousser et à tirer avec ses bras et/ou ses jambes.
- Tâches moyennes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 11 kg, parfois jusqu'à 23 kg; peut avoir à soulever, à transporter, à pousser ou à tirer fréquemment des charges.
- Tâches lourdes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 23 kg, parfois jusqu'à 45 kg.

Énumérez les restrictions et les tolérances sur le plan physique : _____

Selon vous, quelle est la date la plus rapprochée à laquelle votre patient pourrait retourner au travail?

Année _____ Mois _____ Jour _____

Si l'emploi précédent pouvait être modifié, à quel moment votre patient pourrait-il commencer un emploi de réadaptation? Année _____ Mois _____ Jour _____

8. Donnez le nom des autres médecins qui ont participé ou qui participeront à l'évaluation des problèmes médicaux de votre patient et joignez **des copies de tous les rapports de consultation disponibles**.

9. **Hospitalisation** (si elle s'est révélée nécessaire par suite de la maladie ou de la blessure)

Date de l'admission : Année _____ Mois _____ Jour _____

Date du congé : Année _____ Mois _____ Jour _____

Date du traitement à titre de patient externe : Année _____ Mois _____ Jour _____

Nom de l'hôpital : _____

10. **Intervention chirurgicale**

Type d'intervention chirurgicale : _____

Date de l'intervention : Année _____ Mois _____ Jour _____

Nom du chirurgien : _____

11. Nous vous saurions gré de nous fournir tout autre renseignement susceptible de nous aider à mieux comprendre le patient et l'affection dont il souffre.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____

Spécialité : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

