

Demande de règlement invalidité (demande de prolongation) Déclaration de l'employé(e)

Nature de la demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 Courriel _____ Langue : Français Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____ Sexe : F M
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Cellulaire _____ Télécopieur _____

Section 1 Situation actuelle

1. Depuis la date de la demande initiale :

Êtes-vous confiné(e) à la maison? Oui Non

Êtes-vous alité(e)? Oui Non

Avez-vous été hospitalisé(e)? Oui Non Dates : (JJ/MM/AAAA) du ____/____/____ au ____/____/____

2. Veuillez indiquer les médecins consultés depuis le dernier rapport :

Maladie	Date de consultation ou du traitement (DD/MM/YYYY)	Traitement prescrit, médicament(s), autres	Nom du médecin	Adresse du médecin
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			

3. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence, ainsi que tout changement à votre condition depuis le dernier rapport. _____

4. Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie. _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 1 Situation actuelle (suite)

5. Quelles sont les limitations (ne peut pas faire) et/ou les restrictions (devrait éviter) qui vous empêchent de travailler? _____

6. Quand pensez-vous retourner au travail? (JJ/MM/AAAA) ___/___/____ Temps partiel Temps plein Retour graduel

Section 2 Revenus d'autres sources

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit? Oui Non
2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources en raison de votre problème de santé.

Source	Demande soumise	Intention de soumettre une demande	Date de la demande de réclamation (JJ/MM/AAAA)	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fréquence et montant des paiements
Régime de pensions du Canada/ Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Commission des accidents du travail/CSST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance-emploi du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Prestation d'assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance vie collective ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE CONFIRMANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION

Nom de l'employé(e) : _____

Section 3 Autorisation et attestation de l'employé(e)

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective et à tout autre formulaire ou document complémentaire, j'autorise Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, ses employés, ses, ainsi que ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux, et toute autre personne ou partie que j'autorise.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement de prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tout antécédent médical et toute prestation.

Je transfère et cède à Assomption Vie, et j'accepte de payer et de rembourser à Assomption Vie, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui sont recevables de toute autre source, y compris, mais sans s'y limiter, le Régime de pensions du Canada, la Commission des accidents du travail et tout autre contrat d'assurance.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.

Nom de l'employé(e) (en lettres moulées)

Signature de l'employé(e)

Date (JJ/MM/AAAA)