

**Demande de règlement invalidité (demande pour le passage de l'invalidité de courte durée à l'invalidité de longue durée)
Déclaration de l'employé(e)**

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 _____	____/____/____	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		
Adresse _____		Ville _____	Province _____	Code postal _____
Téléphone - Résidence _____	Téléphone - Cellulaire _____	Télécopieur _____		

Section 1 Éducation et profession ou métier

1. Êtes-vous payé des commissions, des primes, des heures supplémentaires ou une allocation de voiture? Oui Non
Si oui, veuillez préciser et inclure l'avis d'imposition de l'Agence du revenu du Canada de l'année précédente _____

2. En vous basant sur votre dernier rapport, veuillez indiquer si votre état a changé et comment ce dernier vous empêche actuellement d'effectuer les tâches de votre emploi régulier? _____

3. Nombre total d'années pendant lesquelles vous avez exercé votre type d'emploi chez:
employeur actuel : _____ employeur(s) précédent(s) : _____

4. Veuillez indiquer votre plus haut niveau de scolarité atteint : École primaire - Niveau atteint : _____
 École secondaire - Niveau atteint : _____
 Collégial - nombre d'années complétées : _____
 Universitaire - nombre d'années complétées : _____
 Autre (préciser) : _____

5. Veuillez énumérer ci-dessous tous les diplômes, certificats, permis, certificats d'ouvrier spécialisé, etc. que vous détenez. _____

6. Veuillez dresser ci-dessous une liste de tout autre type d'emploi que vous avez occupé pendant au moins une année, y compris le service militaire, le cas échéant:

Nom de l'employeur et titre du poste	Tâches	Dates (JJ/MM/AAAA)
		Du ____/____/____ au ____/____/____
		Du ____/____/____ au ____/____/____
		Du ____/____/____ au ____/____/____
		Du ____/____/____ au ____/____/____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 1 Éducation et profession ou métier (suite)

7. Prévoyez-vous retourner au travail à votre poste actuel? Oui Non

Date prévue du retour au travail : (JJ/MM/AAAA) ___/___/____ Temps partiel Temps plein Retour progressif

Si non, veuillez préciser. _____

8. Travaillez-vous actuellement à un autre type d'emploi ou recevez-vous une rémunération pour l'accomplissement d'un travail?

(i.e. emploi à temps partiel ailleurs ou entreprise à domicile) Oui Non

Si oui, veuillez préciser. _____

Section 2 Renseignements médicaux

1. Veuillez énumérer le nom de tout médecin et/ou fournisseur de soins de santé que vous avez consultés depuis votre dernier rapport.

Maladie	Date de consultation ou du traitement (JJ/MM/AAAA)	Traitement prescrit, médicament(s), autres	Nom du médecin/ fournisseur de soins de santé	Adresse du médecin/ fournisseur de soins de santé
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			
	___/___/____			

Section 3 Renseignement sur les autres prestations et couvertures d assurance

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit? Oui Non

Nom de l'employé(e) _____

Section 3 Renseignements sur les autres prestations et couverture d'assurance (suite)

2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, ou remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources par suite de votre présent 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

Section 4 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 représentants, 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 fournisseuses 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.

 Prénom et nom de l'employé(e) (en lettre moulées)

 Signature

 Date (JJ/MM/AAAA)