



Assomption Vie
Assurance collective

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ

(DEMANDE POUR LE PASSAGE DE L'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE À
L'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE)

Demande de règlement invalidité (demande pour le passage de l'invalidité de courte durée à l'invalidité de longue durée) Directives

Si l'employé(e) n'a pas la garantie d'invalidité de courte durée, veuillez utiliser les formulaires « Demande de règlement invalidité – Demande initiale ».

Preneur (employeur ou administrateur du régime)

Veuillez remplir la *Déclaration du preneur*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.

Employé(e)

1. Veuillez remplir la *Déclaration de l'employé(e)*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer l' « Autorisation et attestation » à la section 4 du formulaire.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état de santé (**physique et/ou psychologique**). Vous devez aussi remplir la section 1, dont les coordonnées et l'autorisation du participant, qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations reçu d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 ci-dessus (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.), ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

À noter :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veuillez ne pas utiliser d'agrafes.**
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective
C.P. 160 /770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1.
Téléphone : 1-888-869-9797 Télécopieur : 506-853-5434
- c) Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :
vieinvalidite@assomption.ca.

Médecin traitant

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (**physique et/ou psychologique**) de votre patient, en ayant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'exams, rapports de consultation de spécialistes, etc.).

Demande de règlement invalidité (demande pour le passage de l'invalidité de courte durée à l'invalidité de longue durée)
Déclaration du preneur

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du preneur	Téléphone	Courriel		
Adresse	Ville	Province	Code postal	
Prénom de l'employé(e)	Nom de l'employé(e)	Police	Division	Certificat

Section 1 Planification du retour au travail

1. La couverture ILD a-t-elle pris fin? Oui Non Si oui, veuillez indiquer la date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 Le paiement des primes ILD a-t-il pris fin? Oui Non Si oui, veuillez indiquer la date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

 2. Y a-t-il une possibilité que vous puissiez offrir de modifier ou de réduire les tâches de l'employé(e) en tenant compte de la nature de l'invalidité? Oui Non
 Si oui, veuillez élaborer. _____

 3. Si l'employé(e) n'est pas en mesure de retourner au travail pour occuper son poste habituel, auriez-vous d'autres possibilités d'emploi? Oui Non
 Ses compétences pourraient-elles être utiles dans le cadre d'un autre type de travail au sein de votre entreprise? Oui Non
 Veuillez élaborer. _____

 4. Depuis votre dernier rapport, l'employé(e) est-il/elle retourné(e) au travail?
 À temps partiel Oui Non Date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 À temps plein Oui Non Date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

 5. L'employé(e) est-t-il/elle toujours à votre emploi? Oui Non Si non, dernier jour de travail : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

 6. L'employé(e) a-t-il/elle été mis(e) à pied (laid off)? Permanent Temporaire Non Date : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____

 7. Autres postes occupés par l'employé(e) au sein de votre entreprise dans le passé et durée du service.
- | Poste | Durée du service |
|-------|------------------|
| | |
| | |
| | |
-
8. Existe-t-il d'autres renseignements pouvant être utiles à cette demande de prestations ? _____

Nom et prénom de la personne autorisée (en lettres moulées)	Titre
Signature	Date (JJ/MM/AAAA)

**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 ____/____/____

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)