

Déclaration du participant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

- À remplir par le participant.
- Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et répondre à toutes les questions.
- Des déclarations supplémentaires peuvent être présentées en cas de manque d'espace.
- **Tous frais demandés par votre médecin pour remplir la *Déclaration du médecin traitant* ou pour fournir des copies de dossiers sont à votre charge.**

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
 320 Bay Street, Suite 1000
 Toronto (Ontario) M5H 4A6
 Télécopieur : 416 488-7774 - Courriel : gidip@canben.com

1 Renseignements sur le participant

Vos numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'avantages sociaux.

N° de contrat 71405	N° de certificat du participant	
Nom du promoteur de régime Unifor section locale 2002	Titre du poste	
Nom et prénom du participant	<input type="radio"/> M.	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	<input type="radio"/> Mme	
Numéro d'assurance sociale	Langue : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français	Taille
		Poids
Adresse (numéro, rue et appartement, boîte postale)		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone ()	N° de télécopieur	Nombre et âge des personnes à charge

2 Renseignements sur la demande

Demier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)

Emploi et lieu de travail au dernier jour de travail

Votre blessure ou affection est-elle attribuable à un accident? Oui Non *Si non, passez à la section 3.*
 Quel genre d'accident?
 Accident d'automobile Accident de travail Autre

Compagnie d'assurance automobile Personne-ressource N° de téléphone de la personne-ressource
 ()

Décrivez comment et quand la blessure est survenue. Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)

Heure de l'accident a.m. p.m.

Des poursuites judiciaires ont-elles été intentées? Oui Non
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :
 Nom de l'avocat N° de téléphone
 ()

La police a-t-elle enquêté sur l'événement? Oui Non
Si oui, veuillez fournir copie du rapport de police.

3 Renseignements médicaux

Veuillez fournir le nom de tous les médecins consultés en raison de la présente affection.

Nom du médecin/spécialiste	Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites
Code postal	N° de téléphone ()	Type de praticien

3 Renseignements médicaux (suite)

Veillez fournir le nom de tous les médecins consultés en raison de la présente affection.

Nom du médecin/spécialiste	Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites
Code postal	N° de téléphone ()	Type de praticien

4 Renseignements sur le travail

Quelles sont les tâches de votre emploi?

Quand prévoyez-vous retourner au travail? Date (jj/mmmm/aaaa)

5 Renseignements sur les revenus et les prestations

Touchez-vous les prestations suivantes ou en avez-vous fait la demande? **Le cas échéant, veuillez fournir copie des relevés de prestations, ou des lettres d'acceptation ou de refus.**

Il est important de déclarer immédiatement toutes les sources de revenu. Celles-ci pourraient avoir une incidence sur les prestations pouvant être versées.

TYPE DE PRESTATION	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	Durée de l'indemnisation (jj/mmmm/aaaa)		FRÉQUENCE				MONTANT
		DÉBUT	FIN	HEBDOMADAIRE	TOUS LES QUINZE JOURS	MENSUELLE	SOMME FORFAITAIRE	
Indemnité pour accident du travail*				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Assurance automobile				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Assurance-emploi				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Autre				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$

* Toutes prestations versées, en cas de maladie ou de blessure liée au travail, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou toute autre commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail.

6 Attestation, entente et autorisation

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire, et ceux que je fournirai oralement ou par écrit dans l'avenir, sont à ma connaissance véridiques et complets. Je reconnais que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture prendre fin.

J'accepte de rembourser toutes sommes que je pourrais devoir à la Financière Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de la Financière Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations.

La Financière Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques. J'autorise toute personne physique ou morale détenant des renseignements à mon sujet, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou de programmes d'avantages sociaux, agence d'enquête ainsi que le Bureau de renseignements médicaux, à divulguer ces renseignements à la Financière Manuvie ou à ses prestataires de services lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées tous les renseignements nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) à des fins de déclaration fiscale. Si mon NAS correspond à mon numéro de certificat, j'autorise également son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original. Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en présentant une demande à la Financière Manuvie, en consultant son site Web à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Je comprends que tous renseignements personnels reçus ou recueillis par la Financière Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

Autorisation et directives Assurance collective

Faites parvenir le formulaire dûment
rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
320 Bay Street, Suite 1000
Toronto (Ontario) M5H 4A6
Télécopieur : 416 488-7774 - Courriel : gidip@canben.com

Objet :

Nom du participant

Nom du promoteur de régime

Unifor section locale 2002

Numéro de contrat

Je soussigné(e), _____, autorise par la présente la Financière Manuvie, Canadian Benefits Consulting Group et ses mandataires de OHI (Organizational Health Inc.) à divulguer au Conseil d'administration du régime de la fiducie d'invalidité, à l'administrateur du régime et à mon employeur des renseignements sur l'état de ma demande de prestations d'invalidité et sur toute demande d'indemnités pour accident du travail que je pourrais présenter, notamment les renseignements portant sur mon admissibilité aux indemnités et l'évaluation de ma demande.

J'autorise également le Conseil d'administration à divulguer à la section locale 2002 des TCA, y compris ses employés et mandataires, des renseignements sur toute demande d'indemnités pour accident du travail que je pourrais présenter, notamment les renseignements portant sur mon admissibilité aux indemnités et l'évaluation de ma demande. Je comprends que ces renseignements seront recueillis aux fins de l'administration du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et aux fins du traitement de ma demande d'indemnités pour accident du travail, laquelle pourrait avoir des répercussions sur mes droits et mon admissibilité au titre du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.

Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps mais que le retrait de mon consentement pourrait empêcher la section locale 2002 des TCA ou le Conseil d'administration de prêter leur assistance au traitement de ma demande d'indemnités pour accident du travail ou à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité au titre du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.

Signature

Date

Fait à _____ le _____ 20 _____

Signature du témoin

Signature du participant

Nom du témoin

Adresse du témoin

Autorisation – virement automatique

**Veillez écrire en lettres
moulées.**

**Remarque : institutions
établies au Canada seulement**

Si votre demande de prestations est approuvée, la Financière Manuvie versera les prestations dans votre compte bancaire par virement automatique. Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Compte d'épargne (veuillez obtenir le bon numéro d'institution auprès de votre institution)

Compte-chèques (veuillez joindre une formule de chèque portant la mention « nul »)

Nom de la banque, de la société de fiducie, de la caisse populaire, etc. N° de domiciliation N° de l'institution N° de compte

Adresse de la succursale

Nom du détenteur du compte

Ville

Province

Signature du participant

Date