

Demande de règlement d'invalidité de longue durée

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5945F (sections nos 1 et 2) et formule 5946F (sections nos 1, 2 et 3).

Directives à l'intention du demandeur (formule 5945F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint. Veillez également remplir et signer l'autorisation se trouvant au début de la section n° 2. Faites ensuite parvenir le tout au médecin traitant. Une fois le formulaire dûment rempli, veillez à le faire parvenir à l'Industrielle Alliance à l'adresse indiquée ci-dessus, au moins deux mois avant la date à laquelle vous vous attendez à ce que l'indemnisation soit payable, si la demande de règlement est approuvée.

Service des demandes de règlement d'invalidité
Assurance collective
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Vous êtes tenu de régler les frais afférents à la préparation du formulaire.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions. Si l'espace fourni n'est pas suffisant pour y répondre, utilisez des feuilles séparées que vous joindrez au formulaire.

Nota : La formule 5946F doit également être remplie.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

SECTION 1 (suite)

Genre d'état	Durée de l'état Du A M J au A M J
Nom du médecin. Si vous avez consulté plus d'un médecin, veuillez préciser leur nom.	Adresse du(des) médecin(s)
Traitement(s) prescrit(s) (médicaments, régimes, etc.)	
Date de l'hospitalisation (le cas échéant). S'il y a plus d'une période d'hospitalisation, veuillez donner toutes les dates. Du A M J au A M J	Nom et municipalité de l'hôpital(des hôpitaux)
Interventions chirurgicales effectuées <hr/>	

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et j'autorise, par la présente, tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, mon employeur ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi-même ou sur mon état de santé, à divulguer lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. J'autorise également l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à remettre lesdits documents ou renseignements à tout examinateur médical indépendant lorsque l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., le juge nécessaire aux fins d'évaluer ou de gérer la présente demande de règlement. De plus, je consens à ce qu'une enquête personnelle soit menée. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Date	Signature du participant
------	--------------------------

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Nom du patient	Âge
J'accepte, par la présente, que soit transmis à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., tout renseignement relatif à la présente demande.	
Date	Signature du patient
<p>Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire et de régler les frais afférents.</p> <p>DÉCLARATION D'INVALIDITÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT - NOTA :</p> <p>Cette déclaration a été spécialement conçue à l'intention du médecin. Comme elle renferme une multitude de détails, elle réduira ses tâches administratives. Veuillez remplir les sections qui s'appliquent à votre patient et rayer les parties qui ne s'appliquent pas. Pour que nous puissions acquiescer à la demande, donnez suffisamment de précisions sur les antécédents médicaux, l'enquête médicale, vos constatations et le traitement prescrit.</p> <p>Cette déclaration peut être postée directement à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., ou être remise au patient, à la discrétion du médecin. Si vous nous l'envoyez directement, veuillez l'adresser au Service des demandes de règlement, Assurance collective, Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 522, avenue University, Toronto, Ontario, M5G 1Y7. Il est important que la section 1, remplie par le patient, soit jointe à la présente.</p>	

1. Antécédents médicaux

(a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident A M J	(b) Début de l'invalidité totale A M J
(c) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Dans l'affirmative, date et description	(d) L'affection est-elle attribuable à une incapacité physique ou mentale survenue en milieu de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
(e) Nom des autres médecins traitants	

2. Diagnostic

(a) Diagnostic (y compris les complications) Principal _____ Secondaire (le cas échéant) _____
(b) Symptômes subjectifs
(c) Constatations objectives (y compris les résultats récents de radiographies, d'électrocardiogrammes ou d'autres examens)

3. Traitement

(a) Date de la première visite A M J	(b) Date de la dernière visite A M J
(c) Visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuelles <input type="checkbox"/> Autres fréquences (précisez) _____	(d) Le patient suit-il les traitements recommandés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4. Nature du traitement

(a) Genre de traitement et durée probable
(b) Date et description de l'intervention chirurgicale (le cas échéant) A M J

5. Incapacité physique

Le patient est-il : <input type="checkbox"/> Ambulatoire? <input type="checkbox"/> Confiné à la maison? <input type="checkbox"/> Alité? <input type="checkbox"/> Hospitalisé?
S'il est ambulatoire ou confiné à la maison, veuillez remplir la section ci-dessous : <input type="checkbox"/> Aucune restriction; apte à toute activité physique <input type="checkbox"/> Légère restriction; travail normal demandant un effort modéré <input type="checkbox"/> Restriction modérée; travail léger <input type="checkbox"/> Restriction grave; aucune forme de travail Remarques : _____

SECTION 2 (suite)

6. Incapacité mentale

- Aucune restriction; capable d'agir dans des situations stressantes et d'avoir des relations interpersonnelles
 Légère restriction; capable d'agir dans la plupart des situations stressantes et d'avoir des relations interpersonnelles la plupart du temps
 Restriction modérée; capable d'agir seulement dans certaines situations stressantes et de n'avoir qu'un nombre limité de relations interpersonnelles
 Restriction marquée; incapable d'agir dans des situations stressantes et d'avoir des relations interpersonnelles
 Restriction grave; perte importante d'adaptation psychologique, physiologique, personnelle et sociale

Remarques

7. Incidences de l'incapacité physique ou mentale sur le travail

À quel point l'incapacité physique ou mentale du patient affecte-t-elle sa capacité :

(a) D'accomplir ses fonctions normales?

(b) D'exercer un autre emploi qui pourrait lui convenir?

(c) S'il s'agit d'une incapacité physique, quel est son effet sur :

(i) Profession du patient _____

(ii) Autre profession _____

8. Pronostic

	Sa profession	Autre profession
(a) Le patient est-il totalement incapable d'exercer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b) Dans l'affirmative, quand devrait-il pouvoir reprendre l'exercice de	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Jamais
(c) Dans la négative, à quelle date aurait-il pu reprendre l'exercice de	A M J	A M J

9. État cardiaque (le cas échéant)

- (a) Capacité fonctionnelle Catégorie 1 (aucune restriction) Catégorie 2 (légère restriction)
 Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

(b) Tension artérielle (dernière visite) _____
 Systolique/diastolique

10. Troubles de la vue (le cas échéant)

(a) Vision du patient au dernier examen	(i) avec verres correcteurs _____ O.D.	_____ O.G.
	(ii) sans verres correcteurs _____	_____
(b) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par	<input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Verres correcteurs <input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Ne peut être corrigée
	<input type="checkbox"/> O.G. <input type="checkbox"/> Verres correcteurs <input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Ne peut être corrigée

11. Réadaptation

	Sa profession	Autre profession
(a) Le patient peut-il reprendre à l'essai l'exercice de	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b) Dans l'affirmative, à quelle date pourra-t-il reprendre à l'essai l'exercice de	<input type="checkbox"/> À plein temps A M J	A M J
	<input type="checkbox"/> À temps partiel A M J	A M J
(c) Une orientation professionnelle ou un recyclage seraient-ils indiqués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Remarques

Nom du médecin (en lettres moulées)

Adresse

Code postal

N° de téléphone

Date

Titulaire d'un certificat de spécialiste

Signature

Oui Non

M.D.

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5946F (sections n^{os} 1, 2 et 3) et formule 5945F (sections n^{os} 1 et 2).

Directives à l'intention du demandeur (formule 5946F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint. Faites ensuite parvenir le tout à votre agent du personnel au moins deux mois avant la date à laquelle vous vous attendez à ce que l'indemnisation soit payable, si la demande de règlement est approuvée.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions. Si l'espace fourni n'est pas suffisant pour y répondre, utilisez des feuilles séparées que vous joindrez au formulaire.

Nota : La formule 5945F doit également être remplie.

Directives à l'intention de l'agent du personnel (formule 5946F ci-jointe)

Veillez remplir la section n° 1 du formulaire ci-joint et assurez-vous qu'elle a été dûment remplie. Vous devez remplir et signer la section n° 2. Veuillez ensuite faire parvenir le formulaire à la Direction des pensions de retraite, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

Police collective n° G68-1400

À L'USAGE EXCLUSIF DU MINISTÈRE

Nom du ministère ou organisme	Lieu	N° individuel d'organisme (NIO)	N° de pension
-------------------------------	------	---------------------------------	---------------

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT (DEMANDEUR)

Nom du participant <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	Date de naissance A M J
--	--------------------------------

Adresse

Code postal	N° de téléphone ()
-------------	------------------------

Avez-vous présenté une demande pour l'une ou l'autre des protections suivantes?

	Oui	Non
(a) Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Loi sur la pension de la Fonction publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Autre assurance collective (y compris celle offerte par le biais de votre adhésion à une association)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Lois sur les accidents du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Autres régimes gouvernementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu «Oui» à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, précisez les renseignements suivants dans la section «Remarques» ci-dessous : sources, montant, date de la première rente.
Si vous avez répondu «Non» à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez indiquer pourquoi vous n'avez pas présenté une demande.

Remarques

Date de la première journée d'invalidité qui vous a empêché de travailler

A | M | J |

Veuillez noter que la rente d'invalidité de longue durée est assujettie à l'impôt sur le revenu. Pour les résidents du Québec, la déduction à la source de l'impôt sur le revenu du Québec est obligatoire. La déduction à la source de l'impôt sur le revenu fédéral n'est pas obligatoire, mais peut être faite si vous le désirez.

Exemption personnelle _____ \$ (Québec seulement)

Impôt fédéral Ne pas déduire

Déduire _____ \$ par mois ou _____ %.

Remarques

SECTION 1 : (suite)

Nom de votre supérieur immédiat
Adresse de votre lieu de travail _____
Titre de votre poste (pas le code)
Énumérez vos responsabilités reliées à l'emploi. _____ _____ _____ _____ _____
Études et expérience professionnelle, ou bien joindre votre curriculum vitae. _____ _____ _____ _____ _____
En quoi votre état a-t-il affecté votre travail? _____ _____ _____ _____ _____
Avez-vous repris le travail ou vous attendez-vous à le reprendre? _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et j'autorise, par la présente, tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, mon employeur ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi-même ou sur mon état de santé, à divulguer lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. J'autorise également l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à remettre lesdits documents ou renseignements à tout examinateur médical indépendant lorsque l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., le juge nécessaire aux fins d'évaluer ou de gérer la présente demande de règlement. De plus, je consens à ce qu'une enquête personnelle soit menée. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Date	Signature du participant
------	--------------------------

SECTION 2 : À REMPLIR PAR L'AGENT DU PERSONNEL

Nom du participant				Code alpha de ministère		N° de bureau de la paye	
IUN		N° de classification de l'employé		NIO		Selon les preuves au dossier, la date de naissance est	
A		M		J			
Dernière date d'entrée à la Fonction publique		Date d'entrée en vigueur de la garantie d'I.L.D.		Taux autorisé de traitement et d'allocations aux fins d'assurance		Taux annuel rajusté	
A		M		J		\$	
Date de la dernière retenue d'I.L.D. effectuée				Montant de la dernière retenue d'I.L.D. effectuée			
A				M			
Situation		PT		TP		Participant à temps partiel : Heures de travail fixées par semaine _____	
Période indéterminée						Date de la dernière journée de travail effectif avant l'invalidité	
Période de plus de 6 mois						A	
Période de 6 mois ou moins						M	
Autre						J	
Date du retour au travail du participant, le cas échéant				Date prévue du retour au travail, si elle est connue.			
A				M			
Date de fin d'emploi, le cas échéant				Date prévue de fin d'emploi, si elle est connue.			
A				M			
Total des journées de maladie au crédit du participant à la date à laquelle l'invalidité a commencé				Date à laquelle les journées de maladie seront épuisées			
A				M			
Dernière journée de la période d'attente au titre des prestations d'invalidité (13 semaines après le début de l'invalidité ou la date à laquelle les journées de maladie seront épuisées, soit la dernière de ces éventualités à survenir)				A			
				M			
				J			

Veillez annexer une description détaillée des tâches et faire parvenir le tout à la Direction des pensions de retraite, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Nom de l'agent désigné				Titre			
Lieu et adresse complète							
Code postal				N° de téléphone			
				()			
Date				Signature de l'agent désigné			

SECTION 3 : À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DU PARTICIPANT

De quelle manière l'invalidité du participant a-t-elle affecté son rendement au travail?

Est-ce que les responsabilités du participant ont été modifiées? (Exemple : moins d'heures, autres affectations, etc.)

Nom du supérieur immédiat				Titre			
Lieu et adresse complète							
Code postal				N° de téléphone			
				()			
Date				Signature du supérieur immédiat			

SECTION 4 : À REMPLIR PAR LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE

La garantie d'I.L.D. est <input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultative (copie de la demande d'adhésion ci-jointe)		
Le participant était-il un haut fonctionnaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allocation mensuelle au titre de la L.P.F.P. \$	Date d'entrée en vigueur A M J

Autres garanties

Assurance-vie de base \$	Assurance-vie complémentaire \$	Mort et mutilation accidentelles unités	
Assurance-vie des personnes à charge	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants	<input type="checkbox"/> Enfants seulement	<input type="checkbox"/> Aucune garantie
Nous certifions que la garantie d'invalidité de longue durée était en vigueur à la dernière journée de travail effectif. Nous avons confirmé que le taux annuel rajusté indiqué par l'agent du personnel est exact.			
Date	Signataire autorisé		

À l'attention de la Direction des pensions de retraite : **Veillez faire parvenir la présente formule, accompagnée de la description des tâches, à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**