

# **GUIDE DU PARTICIPANT ET DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE**

Le présent guide a pour but de vous aider à présenter une réclamation.

## PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Les prestations servent à remplacer une partie de votre salaire en cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie ou d'une blessure.

Vous n'êtes pas automatiquement admissible aux prestations d'invalidité. Avant de déterminer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, nous devons d'abord établir : si vous êtes un participant admissible et assuré; si vous avez présenté une preuve satisfaisante d'« invalidité totale », au sens donné dans votre police d'assurance collective; si vous avez respecté le délai de carence ainsi que les modalités de votre police d'assurance collective.

Veillez vérifier auprès de votre promoteur de régime ou consulter votre livret d'assurance collective pour connaître le délai de carence qui détermine le moment de présenter une réclamation.

<b>Délai de carence</b>	<b>Quand présenter une réclamation?</b>
Moins de 60 jours	Immédiatement après le dernier jour travaillé
Plus de 60 jours	Six semaines avant la fin du délai de carence

## VOICI LES RENSEIGNEMENTS DONT NOUS AVONS BESOIN :

### Déclaration du participant

Ce formulaire contient des questions d'ordre général vous concernant, comme votre profession et la nature de votre invalidité, pour le traitement de votre réclamation. Veuillez répondre à toutes les questions du formulaire en prenant soin d'indiquer le numéro de groupe.

### Déclaration du médecin traitant

Veillez demander à votre médecin de remplir la déclaration du médecin traitant propre à votre diagnostic primaire. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. Assurez-vous que votre médecin joint une copie de tout résultat d'examen ou rapport de spécialiste et qu'il indique tout renseignement supplémentaire qui pourrait nous aider à évaluer votre demande.

Il vous incombe de fournir la preuve médicale de votre admissibilité aux prestations d'invalidité. Les honoraires que votre médecin peut exiger pour remplir les formulaires de réclamation sont à votre charge. Si nous lui demandons directement de nous fournir des renseignements, nous pourrions lui offrir de prendre les frais d'envoi à notre charge.

### Déclaration du promoteur de régime

Assurez-vous que votre employeur envoie à notre siège social la Déclaration du promoteur de régime.

## ENTREVUE LIÉE À LA RÉCLAMATION

Un représentant de Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut communiquer avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements sur votre profession, vos études et vos expériences de travail, vos antécédents médicaux et votre état de santé actuel.

## PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (RPC) ET DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC (RRQ)

Si vous avez déjà demandé des prestations d'invalidité auprès du RPC ou du RRQ, veuillez joindre l'avis d'acceptation à votre demande. Dans le cas contraire, nous pourrions exiger que vous présentiez une telle demande auprès du RPC ou du RRQ.

## INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si vous avez présenté une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province, vous devez tout de même faire une demande de prestations d'invalidité auprès de votre police d'assurance collective afin de respecter les délais prescrits dans la police.

## AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements nous permettant d'évaluer votre réclamation. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez Co-operators Compagnie d'assurance-vie à recueillir des renseignements auprès de vos fournisseurs de soins, de votre promoteur de régime, d'autres assureurs et des hôpitaux où vous avez reçu des soins. Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et communiqués dans le cadre de ses affaires. Nous nous conformons aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en notre possession. Pour en savoir davantage sur le sujet, consultez votre livret d'assurance collective ou notre site Web au <http://www.cooperators.ca/fr-CA/PublicPages/Privacy.aspx>

## PERSONNE-RESSOURCE

L'administrateur de votre régime est à votre entière disposition pour répondre à vos questions. Vous pouvez aussi composer le 1-866-442-3098. Veuillez avoir en main votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

# DÉCLARATION DU PARTICIPANT INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ASSURANCE COLLECTIVE

## ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Réclamations invalidité  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Télec. : 1-866-889-9926

Courriel : disability\_claims\_admin@cooperators.ca

## DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la réclamation.

Si la maladie ou la blessure est reliée au travail, vous devez également déposer une demande d'indemnisation à la commission des accidents du travail de votre province.

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Date de naissance\* \_\_\_\_\_  Homme  Femme Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale\*\* \_\_\_\_\_

\*Si vous avez 60 ans ou plus, joignez une copie de votre certificat de naissance. \*\* Le NAS est nécessaire pour les régimes imposables et toute cotisation à un régime de retraite.

Promoteur de régime ou employeur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez donner votre adresse de courriel \_\_\_\_\_

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courriel électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisée par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez-nous en informer par écrit à Disability\_Claims\_Admin@cooperators.ca.

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

Décrivez votre état de santé actuel, ses causes et vos antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de début des symptômes \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Date du premier traitement pour cette maladie ou blessure \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Votre état de santé vous empêche de travailler depuis le \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie semblable auparavant? .....  Oui  Non

Si oui, décrivez le problème de santé et indiquez la date où il est apparu, tout traitement reçu et le nombre de jours où vous avez dû vous absenter du travail.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si votre état de santé est le résultat d'une blessure ou d'un accident d'automobile, décrivez les circonstances de l'accident.

Date \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Heure \_\_\_\_\_

Détails \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) La blessure était-elle reliée au travail? .....  Oui  Non

b) Un tiers était-il l'auteur de l'accident? .....  Oui  Non

c) L'alcool a-t-il joué un rôle dans les circonstances de l'accident? .....  Oui  Non

d) L'accident a-t-il été déclaré à la police? .....  Oui  Non

Si oui, joignez une copie du rapport de police.

e) Des accusations ont-elles été portées? .....  Oui  Non

f) Avez-vous engagé des poursuites pour perte de revenu contre un tiers? .....  Oui  Non





## 6. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de la vie privée » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus. J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, l'administrateur du régime et ses représentants, assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, ministère et agence gouvernementale, mon employeur, mes anciens employeurs et autres personnes ou organismes ayant des renseignements médicaux, professionnels, financiers ou autres me concernant à échanger avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie, l'administrateur du régime ou leurs représentants ou agents, tous les renseignements nécessaires pour étudier ma demande de règlement et juger de son bien-fondé, déterminer mon droit aux prestations, gérer mon dossier, évaluer ma capacité à reprendre le travail, faciliter mon retour à la vie active et administrer le régime d'assurance collective.

En contrepartie des prestations que j'ai reçues de Co-operators Compagnie d'assurance-vie, du titulaire de la police ou de l'administrateur du régime (le « payeur »), je consens par la présente à rembourser, conformément aux termes de la police ou du document constatant le régime, toutes sommes d'argent qui pourraient être dues au payeur, de quelque source qu'elles soient, au sens défini sous les titres « Prestations de toutes sources » ou « Autres revenus », et je cède à ces fins au payeur irrévocablement tous mes droits, titres et intérêts dans toutes telles sommes ainsi que dans tout produit du régime d'assurance collective.

J'autorise par la présente Co-operators Compagnie d'assurance-vie à verser les prestations d'invalidité directement dans mon compte et à échanger avec mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. Cette autorisation reste applicable pendant toute la durée de ma demande, sauf en cas d'annulation par écrit de ma part.

Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de ma demande ou le refus de prendre la réclamation en charge. Je déclare que l'information fournie dans la « Déclaration du participant » et les renseignements communiqués lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à cette demande sont véridiques, complets et exacts. La présente autorisation demeure valable pour toute la durée de la demande, à moins que je ne la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Pour les résidents du Québec — La définition de « prestations de toutes sources ou autres revenus » n'inclut pas les prestations payables par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ni par la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA