

⚠ IMPORTANT

This form is available in English.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre réclamation, remplissez les quatre formulaires suivants et faites-les parvenir à iA Groupe financier : la déclaration de l'employé, la déclaration de l'employeur remplie par le gestionnaire ou le supérieur immédiat, la déclaration de l'employeur remplie par le conseiller en rémunération ou l'agent des RH et le rapport du médecin traitant.

Ces formulaires doivent parvenir à iA Groupe financier au moins deux mois avant la fin du délai de carence (13 semaines ou l'épuisement du congé de maladie, selon la plus tardive de ces éventualités). Si un formulaire de réclamation est soumis plus de trois mois après la fin du délai de carence, vous pourriez ne pas avoir droit aux prestations si le retard nuit à l'évaluation de votre réclamation par iA Groupe financier.

Référez-vous aux instructions d'envoi figurant à la fin du présent formulaire. Tous frais associés à l'obtention d'informations pour étayer la réclamation sont à votre charge.

Vos prestations en vertu du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP) sont imposables; par conséquent, votre numéro d'assurance sociale (NAS) est requis pour l'émission du ou des feuillets de renseignements fiscaux.

iA Groupe financier s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements personnels.

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE INVALIDITÉ ET VOTRE EMPLOI**(à remplir et à signer par l'employé)****1. EMPLOYÉ**

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Sexe : Masculin Féminin Autre ou préfère ne pas divulguerAdresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville ProvinceLangue : Français Anglais NAS _____ N° de certificat (CI) _____

Emploi _____

N° de téléphone (maison) _____ N° de téléphone (autre) _____

Communication par téléphone

Quand iA Groupe financier aura reçu votre réclamation, il se pourrait qu'un responsable vous appelle pour clarifier toute question en lien avec celle-ci. (Remarque : il est également possible que vous ne receviez pas d'appel.)

Si vous souhaitez que iA Groupe financier communique également avec vous par courriel, indiquez votre adresse courriel ci-dessous. Ce faisant, vous autorisez iA Groupe financier à communiquer avec vous électroniquement et reconnaissez que la sécurité des communications par courriel ne peut être garantie.

Courriel _____

2. EMPLOYEUR

Ministère ou organisme _____

Nom et titre du poste du supérieur immédiat _____

N° de téléphone du supérieur immédiat _____ poste _____

Courriel du supérieur immédiat _____

3. MALADIE OU BLESSURE

1. Décrivez votre maladie ou votre blessure actuelle.

2. Expliquez comment est survenue la maladie ou la blessure.

3. Quand les symptômes sont-ils apparus?

A	A	A	A	M	M	J	J

4. Avez-vous déjà eu une maladie ou une blessure identique ou semblable? Non Oui – Expliquez et donnez les dates.

5a. Quand avez-vous consulté pour la première fois un médecin pour cette maladie ou cette blessure?

A	A	A	A	M	M	J	J

5b. S'il s'est écoulé un certain temps avant que vous ne consultiez pour obtenir des soins ou un traitement, expliquez pourquoi.

6. À partir de quelle date votre maladie ou votre blessure vous a-t-elle empêché d'exercer vos fonctions habituelles?

A	A	A	A	M	M	J	J

7. Si vous travaillez toujours, mais selon un horaire allégé en raison de votre maladie ou de votre blessure, indiquez la date d'entrée en vigueur de votre nouvel horaire.

A	A	A	A	M	M	J	J

8. Quels traitements recevez-vous actuellement (p. ex. avis d'un médecin, d'un spécialiste médical, d'un conseiller ou d'un psychothérapeute, médicaments, régime alimentaire, physiothérapie)?

9. Quels médecins avez-vous consultés ou envisagez-vous de consulter dans un proche avenir pour votre maladie ou votre blessure? Joignez les résultats de tests, rapports de médecin/spécialiste et/ou analyses que vous avez.

Médecin _____ Adresse _____	Date de la consultation	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J											
Médecin _____ Adresse _____	Date de la consultation	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J											
Médecin _____ Adresse _____	Date de la consultation	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J											

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Joignez des feuilles additionnelles au besoin.

1. Indiquez tous les hôpitaux où vous avez été traité ces trois dernières années, y compris pour des opérations :

Hôpital _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Hôpital _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Hôpital _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

2. Quels médecins avez-vous consultés ces trois dernières années pour toute autre blessure ou maladie?

Médecin _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Médecin _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Médecin _____ Adresse _____

Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

5. MALADIE OU BLESSURE RÉSULTANT D'UN ACCIDENT

1. Votre maladie ou votre blessure résulte-t-elle d'un accident autre qu'un accident de travail?

Non Passez à la section 6.

Oui Remplissez les champs suivants :

Date de l'accident

A	A	A	A	M	M	J	J

 Heure _____ Lieu _____

2. Travaillez-vous pour votre employeur au moment de l'accident?

Non Oui – Remplissez la section 6, « Indemnisation des accidentés du travail ».

Votre maladie ou votre blessure est-elle due à un accident de la route?

Non Oui – Joignez une copie du constat d'accident.

Nom de l'expert en sinistres _____ Compagnie d'assurance _____

N° de contrat/police _____ N° de téléphone _____

5. MALADIE OU BLESSURE RÉSULTANT D'UN ACCIDENT (SUITE)

3. Si votre maladie ou votre blessure résulte d'un accident, intentez-vous une action en justice contre une personne ou une organisation?

Non Expliquez pourquoi.

Oui Remplissez les champs suivants :

Nom de votre avocat _____ N° de téléphone _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue Bureau Ville Province

Quand l'action en justice a-t-elle commencé?

A	A	A	A	M	M	J	J

Les parties sont-elles parvenues à une entente?

Non Oui – Joignez une copie des modalités de l'entente et de tout document connexe pertinent.

6. INDEMNISATION DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

1. Si votre maladie ou votre blessure est de nature professionnelle, avez-vous fait une demande pour recevoir des indemnités pour accident de travail?

Non Oui Si non, expliquez pourquoi.

2. Recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir des indemnités pour accident de travail?

Non Oui – Précisez :

N° de la réclamation _____ Montant des indemnités mensuelles _____ \$

3. Avez-vous reçu une indemnité pour une invalidité permanente?

Non Oui – Quand?

A	A	A	A	M	M	J	J

Était-ce une indemnité mensuelle? Non Oui – Précisez le montant. _____ \$

Était-ce un règlement forfaitaire? Non Oui – Précisez le montant. _____ \$

4. Si votre réclamation a été refusée ou classée, avez-vous porté la décision en appel?

Non Oui – Quand?

A	A	A	A	M	M	J	J

À quelle étape de l'appel êtes-vous rendu (si vous le savez)?

Audience Comité de révision Bureau médical Comité d'expertise médicale Autre _____

7. PRESTATIONS DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (RPC) OU DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC (RRQ)

1. Avez-vous fait une demande de prestations d'invalidité ou de retraite au RPC ou au RRQ?

Non Oui – Quand?

	A	A	A	A	M	M	J	J

2. Quel type de prestations du RPC ou du RRQ avez-vous demandées? Invalidité Retraite

3. Si vous avez fait une demande, quel est son état actuel?

En attente de la décision

Approuvée – Joignez une copie des documents du RPC ou du RRQ.

Date de début des prestations

	A	A	A	A	M	M	J	J

 Montant reçu par mois _____ \$

Refusée – Joignez une copie de la lettre de refus.

Avez-vous porté la décision en appel?

Non Oui – Quand?

	A	A	A	A	M	M	J	J

Fournissez toute autre précision concernant la demande et/ou l'appel.

8. REVENUS D'AUTRES SOURCES

Indiquez les revenus que vous recevez ou prévoyez recevoir de chacune des sources ci-dessous. Il se peut que nous prenions ces montants en considération pour le calcul de vos prestations d'invalidité du RACGFP.

1. **Autre assurance invalidité (assurance crédit, etc.)**

Nom de l'assureur _____ N° de police _____

Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____ \$ Quand ce revenu doit-il cesser?

	A	A	A	A	M	M	J	J

2. **Assurance auto**

Nom de l'assureur _____ N° de police _____

Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____ \$ Quand ce revenu doit-il cesser?

	A	A	A	A	M	M	J	J

8. REVENUS D'AUTRES SOURCES (SUITE)

3. Autres régimes collectifs/d'association/individuels

Nom de l'assureur _____ N° de police _____

Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

4. Assurance emploi Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

5. Régime québécois d'assurance parentale Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

6. Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

7. Loi sur la pension de la fonction publique (LFPF) Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

8. Autre (p. ex. programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels du Québec) Précisez _____

Avez-vous demandé ce revenu? Oui Non

Recevez-vous ce revenu actuellement ou prévoyez-vous le recevoir? Je le reçois. Je prévois le recevoir.

Montant par : semaine mois _____\$ Quand ce revenu doit-il cesser?

A	A	A	A	M	M	J	J

Prenez note que les prestations d'invalidité sont imposables. L'impôt sur le revenu doit être retenu à la source.

Exemptions personnelles (au Québec seulement) _____\$

Remarques

9. RETOUR AU TRAVAIL

Vous devez aviser iA Groupe financier si :

1. votre état de santé s'améliore suffisamment pour que vous soyez en mesure de reprendre le travail;
2. vous recommencez à travailler comme employé ou comme travailleur autonome.

Le retour au travail est une étape importante de votre rétablissement. iA Groupe financier a un programme pour faciliter le retour au travail, et vous pourriez y être admissible. Il se pourrait que votre gestionnaire de cas ou un professionnel en réadaptation communique avec vous.

1. Avez-vous essayé de retourner au travail jusqu'à maintenant? Non Oui – Répondez aux questions suivantes :

Pendant quelle période? Du

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 au

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Vous avez : réintégré vos fonctions réintégré vos fonctions avec des tâches modifiées commencé de nouvelles fonctions

Vous avez repris le travail : à temps plein à temps partiel

2. Quand prévoyez-vous réintégrer vos fonctions habituelles?

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 à temps plein à temps partiel

3. Quand prévoyez-vous être en mesure de faire tout autre travail (tâches modifiées ou nouvelles fonctions)?

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 à temps plein à temps partiel

4. Avez-vous discuté de votre retour au travail avec votre médecin? Non Oui

Si oui, donnez des détails, comme les changements recommandés ou les restrictions applicables pour le type de travail que vous pourriez effectuer.

5. Quelles discussions avez-vous eues avec votre employeur concernant votre retour au travail, que ce soit dans vos tâches habituelles ou dans des tâches modifiées ou à un autre poste?

6. Avez-vous pris part à toute autre activité rémunératrice depuis que vous êtes devenu invalide? Non Oui

Si oui, précisez.

7. Indiquez les tâches de votre poste actuel que votre maladie ou votre blessure vous empêche d'accomplir.

8. Indiquez les tâches de votre poste actuel que vous êtes capable d'accomplir.

10. FORMATION, COMPÉTENCES ET EXPÉRIENCE

1. Niveau de scolarité complété : Secondaire Cégep/collège Université

Quel est le niveau le plus élevé (grade ou année) que vous avez atteint? Indiquez les certificats/diplômes obtenus.

2. Indiquez toute autre formation suivie ou tout autre perfectionnement réalisé (formation en cours d'emploi, cours spécialisés, etc.). Indiquez également toute autre compétence acquise. Il peut s'agir par exemple de la dactylographie, de connaissances informatiques, du fonctionnement d'un appareil, de compétences en supervision ou d'un permis quelconque. Vous pouvez aussi mentionner les compétences acquises dans le cadre d'activités de bénévolat, de loisirs ou par intérêt personnel. (Joignez des feuilles additionnelles au besoin.)

3. Avez-vous un permis de conduire valide? Non Oui – Classe _____

Précisez toute condition ajoutée à votre permis par suite de votre invalidité.

Indiquez les trois derniers postes que vous avez occupés. Joignez votre curriculum vitæ si possible.

De

A	A	A	A	M	M	J	J

 à

A	A	A	A	M	M	J	J

 Employeur _____ Poste _____

De

A	A	A	A	M	M	J	J

 à

A	A	A	A	M	M	J	J

 Employeur _____ Poste _____

De

A	A	A	A	M	M	J	J

 à

A	A	A	A	M	M	J	J

 Employeur _____ Poste _____

11. DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ (SI LA RÉCLAMATION EST APPROUVÉE)

Si vous avez droit à des prestations d'invalidité, celles-ci seront déposées directement dans votre compte auprès de toute banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit au Canada. **Pour déposer les prestations dans un compte chèques, nous avons besoin d'un spécimen de chèque sur lequel votre nom est préimprimé.**

Si vous n'avez pas de compte chèques, vous devez nous fournir un formulaire de dépôt direct ou un relevé de vérification bancaire de votre institution bancaire. Ce formulaire doit être fourni par votre banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit au Canada et être signé et estampillé par un représentant de celle-ci. Si votre institution offre un formulaire de dépôt direct en ligne dans lequel vos informations bancaires sont déjà inscrites, ce type de document convient également. Pour les besoins du dépôt direct, ces formulaires doivent indiquer votre nom, le numéro d'institution, le numéro de succursale et votre numéro de compte.

12. ENVOI DU FORMULAIRE DUMENT REMPLI

Vous pouvez soumettre le formulaire et le ou les documents justificatifs de plusieurs façons :

1. Par la poste : Règlements, Invalidité
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3
2. Par télécopieur : 1 877 781-1583
3. Par courriel : reglementinvalidite@ia.ca
Notez que, bien que iA Groupe financier utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'il envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peut être garantie.

Peu importe l'option choisie, conservez une copie de tous les documents pour vos dossiers.

13. RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés au Conseil du Trésor pour l'administration du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP). Ces renseignements sont strictement confidentiels.

14. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Les réclamations frauduleuses sont coûteuses pour tous les participants à un régime collectif. C'est pourquoi nous vérifierons l'exactitude des informations fournies à l'appui de la vôtre.

Vous devez également remplir et signer la section d'autorisation du participant dans le rapport du médecin traitant.

Je certifie que les déclarations faites dans le présent formulaire sont véridiques et complètes.

Je comprends que l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») peut faire enquête sur ma réclamation. J'autorise iA Groupe financier et ses réassureurs à recueillir les informations nécessaires à la tarification, à l'administration et au traitement des réclamations dans le cadre du régime, à les utiliser et à les communiquer à toute personne ou organisation possédant des informations pertinentes concernant ma réclamation, y compris des professionnels de la santé, des institutions, des organismes d'enquête, des assureurs et, le cas échéant, mon employeur/le titulaire de la police. J'accepte que iA Groupe financier et mon employeur/le titulaire de la police puissent également communiquer des informations financières relatives à ma réclamation à des fins pertinentes pour la gestion du régime. Je comprends que les informations me concernant qui se rapportent à ma réclamation peuvent être examinées en cas d'audit du régime.

J'autorise iA Groupe financier et mon employeur/le titulaire de la police ainsi que leurs conseillers médicaux à recueillir, à utiliser et à s'échanger des informations me concernant (à l'exception des détails relatifs au diagnostic, au traitement ou à la médication) qui sont pertinentes pour ma réclamation aux fins décrites ci-dessus ainsi que pour planifier et gérer ma réadaptation et mon retour au travail.

En cas de suspicion de fraude et/ou d'utilisation abusive du régime liée à ma réclamation, je reconnais et conviens que iA Groupe financier peut recueillir et utiliser des informations me concernant en rapport avec ma réclamation et communiquer de telles informations à toute organisation pertinente, ce qui peut comprendre mon employeur/le titulaire de la police, des organismes de réglementation, des organismes gouvernementaux et d'autres assureurs, dans le but d'enquêter et de prévenir la fraude et/ou l'utilisation abusive du régime.

Advenant un trop-perçu, j'autorise le recouvrement du montant total du trop-perçu sur toute somme qui me serait payable au titre de mon ou de mes régimes de prestations ainsi que, à cette fin, la collecte et l'utilisation d'informations me concernant et leur communication à d'autres personnes ou organisations, dont des agences de crédit et, si nécessaire, mon employeur/le titulaire de la police.

Je reconnais que mon consentement est valable pour la durée de ma réclamation, mais qu'à des fins d'audit, il est valable pour la durée du régime. Je reconnais qu'une photocopie ou qu'une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Toute référence à iA Groupe financier ou à l'employeur/au titulaire de la police comprend leurs mandataires et fournisseurs de services respectifs. Toute référence à des conseillers médicaux peut comprendre des conseillers en santé au travail.

Prénom du participant

Nom

X _____
Signature du participant

A A A A M M J J

Date de la signature