

Envoyer l'original par télécopieur ou par la poste à :

SERVICES D'INVALIDITÉ DE LA GREAT-WEST  
C.P. 43030 ou 43180  
Mavis Road PO  
Mississauga (Ontario) L5B 4A7  
Tél. : 1 866 625-1483  
Télécopieur : 1 866 624-3612

**Afin de traiter adéquatement votre demande d'indemnité pour invalidité, les administrateurs des demandes doivent recevoir tous les formulaires de la trousse de demande d'indemnité dûment remplis et signés. Le défaut de ce faire pourrait retarder l'étude de votre demande et influencer sur le paiement. Pour accélérer le processus, veuillez envoyer par télécopieur la demande d'indemnité pour invalidité au 1 866 624-3612 ou expédier l'original par la poste avec toutes les pièces justificatives nécessaires à l'adresse indiquée ci-dessus.**

**SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉ**

Nom :	Prénom :		
Matricule :	Date de naissance (JJ/MM/AA) :	Titre de fonction :	
Numéro de téléphone:	Adresse électronique :		
Adresse postale :	Ville :	Province :	Code postal :
Nom du supérieur : (si connu)	Numéro de téléphone du supérieur :		

**Mesure compensatoire :** Si les revenus tirés des sources indiquées plus bas vous sont versés en même temps que des prestations de revenu mensuelles payables au titre de la présente demande d'indemnité, ces revenus seront déduits du montant des prestations.

Revenus à déclarer	J'ai demandé		Je reçois		Montant
	Oui	Non	Oui	Non	
Prestations du Régime de pensions du Canada (RCP) ou du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou d'un régime d'un autre pays pour lequel il existe un accord de réciprocité avec le RPC ou le RRQ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ Par mois
Prestation d'une commission de la santé et de la sécurité au travail (ou régime similaire), sauf : a) prestations d'invalidité partielle permanente payables pour chacun des 12 mois ayant précédé une période d'invalidité; et b) prestations reliées à un travail auprès d'un autre employeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ Par semaine
Versements périodiques provenant d'un régime de retraite, sauf la portion que vous touchiez déjà avant la période d'invalidité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ Par semaine ou par mois
Indemnisation pour perte de temps à laquelle vous avez droit au titre de la loi régissant l'assurance, sans égard à la responsabilité ou toute loi similaire exigeant ou fournissant une telle protection pour une blessure corporelle accidentelle ou en raison de cela ou encore pour laquelle une compagnie d'assurance automobile privée est responsable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ Par semaine ou par mois
Toute rémunération que vous pourriez recevoir de l'employeur actuel ou de tout autre employeur, sauf la portion que vous touchiez déjà avant la période d'invalidité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ Par semaine ou par mois

- Je conviens d'aviser la Great-West de tout revenu à déclarer que je touche ou auquel je deviens admissible.
- Je conviens de le faire savoir dans les 30 jours suivant la date à laquelle ce revenu à déclarer m'est versé ou attribué.
- Je reconnais que je suis dans l'obligation de remettre les indemnités versées en trop selon les dispositions du régime collectif 51208 du fait de mon admissibilité à un revenu à déclarer ou autrement, et j'accepte de m'y conformer. Si des indemnités me sont versées en trop, il m'incombe de les rembourser dans les six mois ou en deçà d'une période plus longue si l'administrateur des demandes d'indemnité y consent. À défaut de me conformer à cette obligation, je comprends que le versement ultérieur de prestations pourrait être interrompu jusqu'à ce que le trop-payé ait été recouvré.

Signature :

Date :

Dernière journée travaillée  
(JJ/MM/AA) :

**NOTA : S'il s'agit d'une maladie ou d'une blessure professionnelle liée à Air Canada, il faut assurer qu'un rapport a été soumis à une commission de la santé et de la sécurité au travail.**

Votre absence est-elle due à une maladie ou une blessure professionnelle  Oui  Non

Courte description de la maladie ou de la blessure :

Date de l'accident  
(JJ/MM/AA) :

Lieu de l'accident :

Votre absence est-elle due à une maladie ou une blessure non professionnelle  Oui  Non

Courte description de la maladie ou de la blessure :

Date de l'accident :  
(JJ/MM/AA)

Lieu de l'accident :

**Renseignements sur le médecin traitant**

Nom du médecin :

Adresse postale :

Code postal :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

**Énumérez tous les autres médecins ou fournisseurs de soins de santé consultés pour cette maladie ou blessure (spécialistes, physiothérapeutes, conseillers, PAE, etc.) :**

Nom

Spécialité

Adresse

Téléphone

---



---



---



---

**Protection des renseignements personnels vous concernant**

La **Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West)** reconnaît et respecte le droit à la vie privée de toute personne. Les renseignements personnels vous concernant sont versés dans des dossiers confidentiels conservés dans les bureaux de **la Great-West** ou dans ceux d'un organisme dûment mandaté par **la Great-West**. Ces renseignements peuvent être de nature médicale et psychiatrique. L'accès aux renseignements contenus dans votre dossier est limité au personnel de la **Great-West** ou aux personnes autorisées par **la Great-West** qui en ont besoin pour accomplir leur travail, aux personnes auxquelles vous en avez autorisé l'accès et à celles autorisées par la loi. Ces renseignements sont utilisés pour évaluer votre demande d'indemnité et pour administrer le régime collectif.

**Autorisations et déclarations**

J'autorise :

- **la Great-West** et ses représentants à échanger les renseignements me concernant, si cela est pertinent et nécessaire pour évaluer ma demande d'indemnisation, administrer le régime collectif ou procéder à des évaluations indépendantes;
- mon médecin traitant ou tout fournisseur de soins de santé que j'ai consulté à divulguer à **la Great-West** et à ses représentants tous les renseignements de nature médicale ou psychiatrique pertinents pour évaluer et administrer la présente demande d'indemnisation. J'autorise en outre **la Great-West** et ses représentants à transmettre tout renseignement de nature médicale ou psychiatrique pertinent à l'évaluation et à l'administration de la présente demande d'indemnisation à mon médecin traitant ou à tout fournisseur de soins de santé que j'ai consulté;
- **la Great-West** et ses représentants à échanger de l'information sur mes restrictions, mes limitations, mes aptitudes et la durée de l'indemnité avec mon employeur s'il y a lieu, pour discuter des conditions de réadaptation et planifier le retour au travail;.
- **la Great-West** et ses représentants à échanger de l'information sur mes restrictions, mes limitations, mes aptitudes, des renseignements de nature médicale et la durée de l'indemnité avec les Services de santé au travail d'Air Canada, s'il y a lieu, pour discuter des conditions de réadaptation et planifier le retour au travail;
- **la Great-West** et ses représentants à communiquer les renseignements concernant ma demande d'indemnité à un vérificateur autorisé par mon employeur ou son représentant en tout temps afin de vérifier l'évaluation des demandes d'indemnité.

Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même validité que l'original.

Je déclare que l'information que j'ai fournie ou que je fournirai à **la Great-West** et à ses représentants concernant la présente demande est vraie et complète.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employé (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé

\_\_\_\_\_  
Date

***Si un conflit survient relativement à cette demande d'indemnité ou au maintien de mon admissibilité à des prestations de revenu, j'autorise et j'enjoins les administrateurs des demandes d'indemnité à fournir à la section locale (indiquer votre section locale) \_\_\_\_\_ de l'AIMTA et à ses représentants l'information et les documents qui se trouvent dans le dossier relatif à cette demande et qu'ils souhaitent obtenir dans le but de me représenter dans ce conflit. Je comprends que cela peut inclure les renseignements médicaux et psychiatriques figurant dans le dossier en question.***

***Signature de l'employé : \_\_\_\_\_***

Envoyer l'original par télécopieur **ou** par la poste à :

SERVICES D'INVALIDITÉ DE LA GREAT-WEST C.P. 43030 ou 43180 Mavis Road PO Mississauga (Ontario) L5B 4A7 Tél. : 1 866 625-1483 Télécopieur : 1 866 624-3612
--

Pour qu'une demande d'indemnité puisse donner droit à des prestations en vertu du Régime collectif de protection de revenu en cas d'invalidité de la Société, les documents médicaux justificatifs doivent fournir des observations cliniques et des renseignements détaillés qui non seulement établissent l'existence d'un état pathologique, mais aussi prouvent que le patient ou le client présente une incapacité assez importante pour l'empêcher de travailler.

- Il incombe à l'employé de fournir les renseignements médicaux à l'appui de sa demande de protection de revenu et d'assumer tous les coûts associés à l'obtention de ces renseignements.
- La présente n'est pas une demande d'examen; nous vous demandons plutôt de nous fournir les renseignements qui se trouvent dans votre dossier médical.

<b>NOM DE L'EMPLOYÉ :</b>		<b>MATRICULE :</b>		<b>DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA)</b>	
<b>SECTION RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT</b>			<b>ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE</b>		
<b>Date de la première visite du patient liée à cette invalidité (JJ/MM/AA) :</b>					
<b>Date de la dernière visite (JJ/MM/AA) :</b>					
<b>Fréquence des visites :</b>		<b>Une fois par semaine</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aux deux semaines</b> <input type="checkbox"/>	<b>Autre :</b>	
<b>Date de l'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale (antérieure ou actuelle, s'il y a lieu) :</b>				<b>Hôpital :</b>	
				<b>Date d'admission :</b>	
				<b>Date de congé de l'hôpital :</b>	
				<b>Date de l'intervention :</b>	
				<b>Procédure :</b>	
<b>1<sup>er</sup> diagnostic :</b>				<b>2<sup>e</sup> diagnostic :</b>	
<b>Date d'apparition des symptômes pour cette invalidité (JJ/MM/AA) :</b>					
<b>Degré de gravité du problème de santé :</b>		<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé			
<b>Y a-t-il des facteurs de comorbidité qui pourraient empêcher cette personne de se remettre de sa maladie ou de sa blessure (p. ex le diabète)?</b>					
<b>Pronostic :</b>					
<b>DSM IV (s'il y a lieu) :</b>		<b>Axe I (syndrome clinique) :</b>			
		<b>Axe II (troubles de la personnalité) :</b>			
		<b>Axe III (affections et troubles physiques) :</b>			
		<b>Axe IV (facteurs de stress psychosociaux) :</b>			
		<b>Axe V (évaluation globale du fonctionnement) :</b>			
<b>Effets déclencheurs :</b>			<b>Y a-t-il des problèmes liés au travail qui seraient à l'origine de l'état de santé de votre patient?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Veuillez préciser)		
<b>Symptômes subjectifs :</b>					
<b>Signes objectifs :</b>					
<b>Y a-t-il des antécédents concernant cette maladie?</b>		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, dites quand et précisez.			

État de santé actuel :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>RE</sup> VISITE	<input type="checkbox"/> Amélioré	<input type="checkbox"/> Inchangé (veuillez indiquer les modifications au plan de traitement)	<input type="checkbox"/> Détérioré (veuillez décrire les complications dans les commentaires de la page 3)
	<b>TESTS – VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DE TOUS LES RAPPORTS PERTINENTS QUI POURRAIENT FACILITER L'ÉVALUATION DE CETTE DEMANDE D'INDEMNITÉ</b>			

<input type="checkbox"/> Analyse de laboratoire	<input type="checkbox"/> Radiographie	<input type="checkbox"/> Ultrasons	<input type="checkbox"/> Tomodensitométrie	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Test de stress	<input type="checkbox"/> EMG
<input type="checkbox"/> Angiographie	<input type="checkbox"/> Endoscopie	<input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Autre		

**RENOIS À DES SPÉCIALISTES – VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DE TOUS LES RAPPORTS DE CONSULTATION/D'ÉVOLUTION DE LA SITUATION**

Renvoi à :	_____	Date de rendez-vous :	____ ____ ____
	(nom et spécialité)		JJ MM AA
Renvoi à :	_____	Date de rendez-vous :	____ ____ ____
	(nom et spécialité)		JJ MM AA

**EN ATTENTE D'UN RENVOI À UN SPÉCIALISTE**       OUI       NON

**TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS**

<input type="checkbox"/> Physiothérapie/Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Chiropractie	<input type="checkbox"/> Attelle
Date de début :	Date de début :	Date de retrait :
Fréquence :	Fréquence :	
<input type="checkbox"/> Plâtre	<input type="checkbox"/> Angioplastie	<input type="checkbox"/> Psychothérapie
Date de retrait :	Date :	Date de début :
Date :		Fréquence :
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie      Type :	<input type="checkbox"/> Autre
Fréquence :	Fréquence :	
Durée :	Durée :	

**VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR CETTE MALADIE OU CETTE BLESSURE**

Nom générique ou commercial	Dose (p. ex. 75 mg, b.i.d.)	Date de début ou de modification de la dose	Réponse (bonne, mauvaise, aucune)
1.			
2.			
3.			
4.			



**RETOUR AU TRAVAIL**

Une guérison complète est-elle pronostiquée?

Oui  Non  Je l'ignore

<b>Accommodements :</b> <input type="checkbox"/> Heures réduites - veuillez préciser
<input type="checkbox"/> Tâches modifiées en vertu des limitations énoncées ci-dessus

**N.B. :** *Prière d'inclure une copie de vos observations cliniques, des rapports de consultation et de toute consultation/étude pertinente depuis le premier jour où vous avez traité le patient pour le problème de santé faisant l'objet de la présente demande jusqu'à la date à laquelle vous remplissez ce formulaire.*

OBSERVATIONS CLINIQUES DE VISITES RÉCENTES CI-JOINTES : \_\_\_ OUI \_\_\_ NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MÉDECIN : DATE

\_\_\_\_\_  
NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) TÉLÉPHONE Numéro de permis