

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.

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

État de santé actuel :	<input type="checkbox"/> 1 ^{RE} 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)
	TESTS – VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DE TOUS LES RAPPORTS PERTINENTS QUI POURRAIENT FACILITER L'ÉVALUATION DE CETTE DEMANDE D'INDEMNITÉ			

<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		

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

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

EN ATTENTE D'UN RENVOI À UN SPÉCIALISTE OUI NON

TRAITEMENT/RECOMMANDATIONS

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

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.			

CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Veillez indiquer clairement jusqu'à quel point votre patient est en mesure d'accomplir les fonctions ci-dessous en vertu du diagnostic/de son état de santé. Nota : La Société propose un Programme de réadaptation, et tentera d'aider les employés qui sont dans l'impossibilité d'accomplir les activités normales dans le cadre de leur travail.

CAPACITÉ

SE TENIR DEBOUT 15 MIN. 30 MIN. 60 MIN. AUCUNE LIMITE AUTRE

MARCHER COURTES DISTANCES SEUL. AUCUNE LIMITE INCAPACITÉ TOTALE DE MARCHER

DEMEURER ASSIS 15 MIN. 30 MIN. 60 MIN. AUCUNE LIMITE AUTRE

SOULEVER OU TRANSPORTER DES OBJETS – DU SOL À LA TAILLE

MOINS DE 5 KG (11 LB) MOINS DE 10 KG (22 LB) MOINS DE 20 KG (44 LB) AUTRE

SOULEVER OU TRANSPORTER DES OBJETS – DE LA TAILLE AUX ÉPAULES

MOINS DE 5 KG (11 LB) MOINS DE 10 KG (22 LB) MOINS DE 20 KG (44 LB) AUTRE

SOULEVER OU TRANSPORTER DES OBJETS – AU-DESSUS DES ÉPAULES

MOINS DE 5 KG (11 LB) SELON LE SEUIL DE TOLÉRANCE MOINS DE 10 KG (22 LB) MOINS DE 20 KG (44 LB) AUTRE

MONTER DES MARCHES 2-3 MARCHES QUELQUES MARCHES À SON RYTHME SELON LE SEUIL DE TOLÉRANCE

GRIMPER SUR UNE ÉCHELLE 2-3 MARCHES À SON RYTHME SELON LE SEUIL DE TOLÉRANCE

CAPACITÉ LIMITÉE D'UTILISER LES MAINS POUR : TENIR DES OBJETS EMPOIGNER DES OBJETS TAPER AU CLAVIER

ÉCRIRE FAIRE DES MANIPULATIONS DÉLICATES

CAPACITÉS PHYSIQUES	PARTIELLEMENT DIMINUÉE	ENTIÈREMENT DIMINUÉE	
Manœuvrer de l'équipement mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heures consécutives
Manœuvrer des véhicules à moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heures consécutives
Pencher/tourner le cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pencher/tourner le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pousser/tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kg/ lb
S'étirer sous la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	heures consécutives
S'étirer au-dessus des épaules	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	heures consécutives
Vue	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
Audition	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PLAN DE TRAITEMENT ACTUEL – Fournir une description

RETOUR AU TRAVAIL

Une guérison complète est-elle pronostiquée?

Oui Non Je l'ignore

Accommodements : Heures réduites - veuillez préciser

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