

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Les renseignements de 1 à 4 doivent être reproduits dans la partie supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : 29 880 n° de groupe 4 Numéro d'assurance sociale : _____ n° d'employé

5 Adresse complète : _____ Code postal : _____

6 Téléphone résidence : () - Autre : () - Poste : _____

7 Sexe : F M 8 Date de naissance : _____

9 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____
Si oui, précisez la nature des activités : _____

10 L'invalidité est-elle attribuable à un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu. _____

11 Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? non oui

12 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
					oui	non
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

J'autorise par la présente tout médecin, tout autre professionnel de la santé et toute partie participante dans les secteurs des soins de santé et de la réhabilitation, ainsi que tout établissement de santé ou services sociaux public ou privé, toute société d'assurance, ainsi que tout assureur, tout établissement public ou privé, tout agent d'information, tout intermédiaire du marché, tout employeur ou ex-employeur, le titulaire de police ainsi que toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements personnels, en particulier des renseignements médicaux, à fournir à SSQ Société d'assurance-vie inc. (ci-après appelée SSQ) ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs tiers, tous les renseignements qu'il ou elle possède, aux fins suivantes : enquêter et confirmer l'exactitude de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande de règlement, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail, et administrer le régime d'avantages sociaux collectifs et la couverture.

J'autorise aussi SSQ à divulguer ces renseignements aux personnes indiquées ci-dessus, le cas échéant, dans le cadre de leurs activités et le traitement de mon dossier.

J'autorise aussi SSQ et les consultants médicaux de mon détenteur de police collective à recueillir, à utiliser et à divulguer entre eux les renseignements me concernant, y compris les détails liés au diagnostic, au traitement ou à la médication, qui sont pertinents à ma demande de règlement, dans le but de planifier et de gérer ma réhabilitation et mon retour au travail.

En cas de décès, j'autorise officiellement le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, les successeurs ou les ayants droit, à fournir à SSQ ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs, le cas échéant, toutes les informations ou autorisations qui rendent possible le traitement de mon dossier.

Cette autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

- Par la personne assurée
 - Déclaration de la personne assurée (1 à 14)
 - Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- Par l'employeur
 - Déclaration de l'employeur
- Par le médecin traitant
 - Déclaration du médecin traitant

13 Signature _____ 14 Date _____

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : **29 880** 4 Numéro d'assurance sociale : _____
n° de groupe n° d'employé

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. DIAGNOSTIC

- 1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Symptômes actuels : _____
 1.4 Degré de sévérité : léger moyen sévère avec éléments psychotiques
 1.5 Facteurs déclencheurs ou aggravants : _____
 1.6 Date de l'apparition des symptômes : _____
 1.7 Est-ce le premier épisode? non oui
 Si non, précisez la date du ou des épisodes antérieurs : _____

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____
 2.2 Voit-il un psychothérapeute ou tout autre intervenant? non oui
 Si oui, nom de l'intervenant : _____ Spécialité : _____
 2.3 a) Hospitalisation: du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 b) Séjour en observation : nombre d'heures : _____

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

- 3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Le patient a-t-il été référé pour un examen ou un traitement psychiatrique? non oui Nom du médecin : _____
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

- 4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du _____ au _____ inclus.
 4.2 Date prévue du retour au travail : _____

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____
 5.2 Adresse : _____
 5.3 N° de licence : _____ Téléphone : _____
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____
 Signature _____ Date: _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : **29 880** n° de groupe _____ n° d'employé _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. DIAGNOSTIC

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 L'invalidité est-elle reliée à :
 a) un accident? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) un accident de travail? non oui → rechute récurrence Date : _____
 c) un accident d'automobile? non oui → rechute récurrence Date : _____
 d) une grossesse? non oui Date prévue d'accouchement : _____

2. TRAITEMENT

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____
 2.2 Prévoyez-vous :
 a) des examens? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) une chirurgie? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 c) d'autres traitements? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 2.3 Type d'intervention subie :
 a) chirurgie d'un jour : _____ autre chirurgie : _____
 b) hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 c) séjour en observation : nombre d'heures : _____

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Référence à un autre médecin? non oui Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du _____ au _____ inclus.
 4.2 Date prévue du retour au travail : _____

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____
 5.2 Adresse : _____
 5.3 N° de licence : _____ Téléphone : _____
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____
 Signature _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INDEMNITÉS SOUS FORME DE SALAIRE

La demande d'indemnités sous forme de salaire, ainsi que la déclaration du demandeur et la déclaration du médecin doivent être remplies dès que vous savez que vous serez absent du travail pendant plus de 14 jours. Votre période d'admissibilité de 14 jours commence à la date de votre premier vol manqué ou jour de réserve, si vous êtes de réserve.

VOTRE DEMANDE REMPLIE DOIT ÊTRE REÇUE DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA FIN DE VOTRE PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez nous faire parvenir votre déclaration du demandeur une fois remplie par poste, télécopieur ou courriel (acclaims@manionwilkins.com). Veuillez ne pas utiliser le pigeonnier postal de l'équipage à l'aéroport.

En cas d'accident, assurez-vous d'en expliquer sur une feuille distincte les circonstances (accident du travail, véhicule motorisé, résidence).

N'oubliez pas de signer et de dater l'autorisation au bas de la page.

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Vous devez consulter un médecin (M.D.) au cours des 14 jours de la période d'admissibilité afin de vous qualifier pour des prestations à partir du 15^e jour de votre invalidité.

Demandez à votre médecin traitant de remplir **ENTIÈREMENT** la déclaration du médecin. La plupart des délais de règlement sont attribuables à des preuves médicales incomplètes. Veuillez vous assurer que son nom est lisible et que l'adresse et le numéro de téléphone sont complets.

Demandez à votre médecin d'indiquer clairement le diagnostic, les complications (s'il y a lieu), le traitement, la médication et toutes les dates de consultation.

Si votre médecin ne sait pas quand vous pourrez retourner au travail, une date approximative devrait être indiquée. Le fait d'indiquer « indéfinie », retardera l'étude de votre demande de règlement.

Si vous recevez un traitement d'une personne qui n'est pas médecin autorisé (M.D.), vous devez **ÉGALEMENT** être sous les soins réguliers et continus d'un médecin autorisé (M.D.).

Veillez signer la demande d'autorisation. Si vous ne signez pas cette déclaration d'autorisation, votre demande de règlement vous sera retournée, ce qui entraînera un délai.

NE MODIFIEZ PAS LA DÉCLARATION DU MÉDECIN ET N'Y AJOUTEZ PAS DES RENSEIGNEMENTS!

Pour des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le Centre Connex RH au numéro sans frais 1 855 855-0785, du lundi au vendredi, entre 8 h et 18h (HE).

POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ, VEUILLEZ ENVOYER LA DÉCLARATION DU MÉDECIN DIRECTEMENT À MANION.

L'EMPLOYEUR N'EXIGE PAS LA DÉCLARATION DU MÉDECIN!

Si votre invalidité découle de votre emploi, ou si elle est survenue au cours de votre emploi, vous DEVEZ faire une demande de prestations auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) (CSST au Québec). Vous devez cependant faire entre-temps une demande d'indemnités hebdomadaires (IH). Toutes les demandes d'IH doivent être soumises dans les 30 jours suivant la fin de votre période d'admissibilité, que vous ayez ou non déposé une demande de prestations auprès de la CSPAAT (CSST au Québec). Si vous ne faites pas de demande d'IH, cela risque de mettre en péril votre admissibilité à ces indemnités si votre demande de la CSPAAT (CSST au Québec) est refusée ou si elle prend fin. Les indemnités hebdomadaires ne seront payables que pour un maximum de 120 jours suivant la date d'invalidité durant l'attente d'une décision de la part de la CSPAAT (CSST au Québec). Veuillez communiquer avec votre bureau régional pour de plus amples renseignements si vous faites une demande de prestations de la CSPAAT (CSST au Québec).

Lorsque vous êtes retourné au travail, veuillez en aviser immédiatement MANION afin que vos IH soient interrompues.

Vos prestations seront déposées dans votre compte bancaire. Nous vous prions donc de remplir la demande d'inscription au dépôt direct ou de nous soumettre un chèque annulé avec votre demande.

Pendant que vous recevez des indemnités hebdomadaires, nous vous enverrons de temps à autre des formulaires de rapport supplémentaires. Lorsque vous les recevez, veuillez les remplir et les retourner dès que possible à l'administrateur, afin d'éviter que les paiements ne soient retardés. Il vous incombe de fournir une preuve d'invalidité. Vous devez soumettre une preuve d'invalidité **DANS LES 45 JOURS** suivant le début de l'invalidité. Si vous la soumettez après 45 jours, elle ne sera pas traitée, à moins que vous ne puissiez démontrer par écrit des raisons suffisantes pour ne pas avoir soumis plus tôt votre demande.

Le réclamant est responsable de faire remplir tous les formulaires ainsi que de tous les frais engagés pour les faire remplir. Veuillez envoyer les formulaires directement à Manion par poste, télécopieur ou courriel (acclaims@manionwilkins.com).

Veillez prendre note que vous devez aviser Manion avant d'entreprendre tout voyage en tout temps au cours d'un règlement en vertu du régime d'indemnité hebdomadaire. Les déplacements à l'extérieur du pays exigent un certificat de santé écrit de votre médecin.

POUR TOUTE QUESTION AU SUJET DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT OU DE SA SOUMISSION, N'HÉSITÉZ PAS À COMMUNIQUER AVEC MANION.

ADMINISTRATEUR:

MANION

21, PLACE FOUR SEASONS, BUREAU 626

ETOBICOKE (ONTARIO)

M9B 0A6

Localement : 416- 234-3513

Sans frais : 1-800-663-7849
Télécopieur : 416-234-4127



VEUILLEZ POSTER LE
FORMULAIRE DUMENT REMPLI À :
Manion Wilkins & Associates Ltd.
500-21 Four Seasons Place
Etobicoke, ON M9B 0A5
c/o Administration

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT

Identification du membre du régime

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nom de famille		Prénom	
<input type="text"/>		Numéro d'employé A/C	
<input type="text"/>		Régime D'assurance salaire de la composante D'Air Canada du (SCFP), 29880	
Numéro de téléphone		Nom du régime ou numéro de groupe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse		Ville, municipalité ou village	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Province	
		Code postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

courriel:

Adresse courriel

Renseignements bancaires

Si c'est un COMPTE-CHÈQUES, veuillez annexer un chèque annulé à ce formulaire.

Si ce n'est pas un COMPTE-CHÈQUES, veuillez demander à votre institution bancaire d'annexer un document indiquant vos renseignements bancaires.

John Doe
123 Avenue Road
Any City, Any Province
Z9Z 1Z1

EXAMPLE

_____ 20 ____
Pay to the order of _____ \$ _____
_____ 100 Dollars

Memo _____

⑆12121 ⑆020⑆ 001234567890 ⑆*

Attestation

Manion Wilkins tient à préserver la confidentialité des renseignements concernant les membres du régime, et s'engage à maintenir les normes les plus strictes pour ce qui concerne la confidentialité des renseignements. Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre politique sur la vie privée au <http://www.manionwilkins.com>.

Manion Wilkins ne peut être tenue responsable des courriels interceptés ou modifiés en cas de risques inhérents à l'envoi de courriels, et qui ne sont pas imputables à des erreurs du personnel de Manion Wilkins.

J'autorise Manion Wilkins à créditer le compte bancaire susmentionné. Je reconnais être responsable de la tenue à jour de mes coordonnées et de mes renseignements bancaires. En cas de modifications dans ces renseignements, j'en avertirai Manion Wilkins afin d'éviter les erreurs relatives au paiement pré-autorisé et aux avis.

Signature du participant au régime

Date

Questions ? Appelez le 416- 234-3511 ou le 1 866-532-8999 ; courriel : info@manionwilkins.com

À l'usage du département d'administration seulement

Processus de calcul du taux de l'indemnité hebdomadaire sous forme de salaire

Les indemnités sont calculées au taux hebdomadaire de 60 % des gains des trois derniers mois disponibles au moment de la mise en disponibilité tels qu'ils ont été fournis par l'employeur.

Exemple

Janvier 2016	2 500,00 \$
Février 2016	2 750,00 \$
Mars 2016	2 250,00 \$
Total A :	7 500,00 \$

Le total A est ensuite divisé par 13 semaines (nombre moyen de semaines au cours d'une période de 3 mois)

	7 500,00 \$
	÷ 13
Total B	576,92 \$

Le total B est ensuite multiplié par 60 % pour arriver au taux hebdomadaire.

	576,92 \$
	x 0,60
Total C	346,15 \$

Le total C est ensuite arrondi au dollar supérieur.

Le taux de l'indemnité hebdomadaire pour cette demande de règlement est de 347 \$.