

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE

La demande de prestations d'assurance salaire, incluant la déclaration du demandeur et la déclaration du médecin devraient être remplies dès que vous savez que vous serez absent du travail pendant plus de 7 jours. Votre délai de carence de 7 jours commence à la date de votre premier vol manqué ou du premier jour en réserve manqué, le cas échéant.

VOTRE DEMANDE, DÛMENT REMPLIE, DOIT ÊTRE REÇUE DANS LES 30 JOURS SUIVANT LE PREMIER VOL MANQUÉ OU DU PREMIER JOUR EN RÉSERVE MANQUÉ, LE CAS ÉCHÉANT.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Air Canada enverra la déclaration de l'employeur directement à MANION après l'expiration de votre délai de carence.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez retourner la déclaration du demandeur dûment remplie directement à Manion, par poste, télécopieur ou courriel. Veillez ne pas utiliser la boîte de l'équipage et ne laissez pas au bureau de l'aéroport.

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

Assurez-vous de signer et de dater l'autorisation au bas de la page.

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Vous devez consulter un médecin (MD) dans les 14 premiers jours de la date de votre premier vol manqué ou du premier jour en réserve manqué, le cas échéant, afin d'être admissible aux prestations à compter du 8e jour de votre invalidité.

Demandez à votre médecin traitant de remplir **AU COMPLET** la déclaration du médecin. La plupart des délais de règlement sont attribuables à des preuves médicales incomplètes. Veillez-vous assurer que le nom du médecin 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), les traitements, les médicaments, toutes les dates de consultation et joindre une copie des notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport 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'un médecin praticien qui n'est pas médecin diplômé (M.D.), vous devez **ÉGALEMENT** être sous les soins réguliers et continus d'un médecin diplômé (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 ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ, VEUILLEZ ENVOYER LA DÉCLARATION DU MÉDECIN DIRECTEMENT À MANION.

L'EMPLOYEUR N'EXIGE PAS UNE COPIE DE LA DÉCLARATION DU MÉDECIN.

Si votre invalidité résulte de votre emploi ou survient dans le cadre de votre emploi, vous DEVEZ faire une demande d'indemnité pour accident du travail (CNESST au Québec). Cependant, dans l'intervalle, vous devez également faire une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire (PIH). Toutes les réclamations de PIH doivent être soumises dans les 30 jours suivant votre premier vol manqué ou votre premier jour en réserve manqué, le cas échéant, que vous ayez également ou non déposé une demande d'indemnité pour accident du travail. Si vous ne faites pas de demande de PIH, cela risque de mettre en péril votre admissibilité à ces indemnités si votre demande d'indemnité pour accident de travail (CNESST au Québec) est refusée ou si elle prend fin. Lorsque vous êtes dans l'attente d'une décision de l'organisme versant l'indemnité pour accident de travail, les prestations de PIH seront considérées pour une période maximale de 120 jours à compter de la date d'invalidité. Veillez communiquer avec votre bureau régional pour de plus amples renseignements si vous faites une demande de prestations pour accident de travail.

Lorsque vous êtes retourné au travail, veuillez informer immédiatement MANION, afin que votre PIH puisse être finalisée.

Vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire, par conséquent, veuillez soumettre la demande de dépôt direct avec un chèque annulé lorsque vous soumettez votre demande.

Pendant que vous recevez des prestations d'indemnités hebdomadaires, nous vous enverrons de temps à autre des formulaires médicaux supplémentaires. Dès réception, veuillez les faire remplir et les retourner à MANION dès que possible, afin d'éviter que les paiements ne soient retardés. Il est de votre responsabilité de fournir une preuve d'invalidité.

Le demandeur est responsable de faire remplir tous les formulaires ainsi que de tous les frais encourus pour les faire remplir.

Vous pouvez soumettre votre demande à Manion en envoyant vos documents:

par la poste; MANION
 500-21 Four Seasons Place
 Toronto, ON M9B 0A5
par télécopieur; 416-234-0127/1-855-665-7764,
ou par courriel; acclaims@manionwilkins.com

POUR TOUTES QUESTIONS AU SUJET DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS OU DE SA SOUMISSION, N'HÉSITÉZ PAS À COMMUNIQUER AVEC MANION.

Veuillez prendre note que vous devez aviser MANION avant de voyager à tout moment pendant votre demande de prestations d'indemnité hebdomadaire. Les déplacements à l'extérieur du pays exigent une autorisation écrite de votre médecin et l'approbation de MANION.

DEMANDE DE PRESTATIONS – DELAIS

Votre demande sera traitée dans les 5 jours ouvrables suivant la réception de la déclaration de l'employé, de l'employeur et du médecin. Veuillez donc faire un suivi auprès de votre employeur et votre médecin pour vous assurer que les formulaires sont remplis dans les délais prescrit et éviter un délai en raison d'une demande tardive.

Il est de votre responsabilité de soumettre des preuves d'invalidité dans:

- 30 jours de votre premier vol manqué ou de votre premier vol en réserve manqué, le cas échéant;
- 30 jours suivant la fin du versement des prestations d'invalidité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi du Canada afin de réactiver votre demande de prestations en vertu du régime d'assurance salaire, et;
- 30 jours suivant une récidive d'une invalidité.

Si vous ne respectez pas ces délais, vous n'aurez pas le droit de recevoir des prestations pour toute période antérieure à la date à laquelle Manion reçoit tous les documents requis, sauf si vous pouvez fournir, par écrit, les raisons justifiant un tel retard.

Dans tous les cas, et en toutes circonstances, pour qu'une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire soit approuvée, tous les documents requis doivent être soumis à MANION au plus tard 12 mois suivant la fin du délai de carence.

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 | n° d'employé | ④ Numéro d'assurance sociale : _____

⑤ Adresse complète : _____ Code postal : _____

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

⑦ Sexe : F M ⑧ Date de naissance : _____ A _____ M _____ J _____

⑨ Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____ A _____ M _____ J _____
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 : _____ A _____ M _____ J _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'indemnisation des travailleurs selon votre province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 _____ A _____ M _____ J _____ Date _____

Section à remplir par le patient

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 :

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

 1.7 Est-ce le premier épisode? non oui
 Si non, précisez la date du ou des épisodes antérieurs :

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

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 :

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

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

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

Signature

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

Date

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

Section à remplir 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 :

A	M	J

 b) un accident de travail? non oui → rechute récurrence Date :

A	M	J

 c) un accident d'automobile? non oui → rechute récurrence Date :

A	M	J

 d) une grossesse? non oui Date prévue d'accouchement :

A	M	J

2. TRAITEMENT

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____
 2.2 Prévoyez-vous :
 a) des examens? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

 b) une chirurgie? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

 c) d'autres traitements? non oui → Précisez : _____ Date :

A	M	J

 2.3 Type d'intervention subie : _____
 a) chirurgie d'un jour :

A	M	J

 autre chirurgie :

A	M	J

 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 :

A	M	J

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

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

 Signature

A	M	J

 Date

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



Identification du membre du régime

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Numéro d'employé
<input type="text"/>	Air Canada Component of CUPE WIP, Policy 29880	
Numéro de téléphone	Nom du régime ou numéro de groupe	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville, municipalité ou village	Province
		Code Postal

Courriel: Remplissez pour recevoir notification par courriel des paiements émis.

Adresse courriel

Renseignements bancaires

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

EXAMPLE

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

Pay to the order of void \$ 20 /100 Dollars

Memo _____

Ⓜ12121 020 Ⓜ 001234567890 Ⓜ*

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

Attestation

Manion Wilkins tient à préserver la confidentialité des renseignements concernant les membres de 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 préautorisé et aux avis.

Signature du participant au régime

Date

Questions? Appelez: 416-234-3513 ou 1-800-663-7849; courriel : acclaims@manionwilkins.com

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

AUTORISATION ET DIRECTIVE

DEST. : Manion, Wilkins & Associates Ltd. («MWA»)
500 – 21 Four Seasons Place
Toronto, ON
M9B 0A5

Je, _____ (en lettres moulées), identifié par mon numéro matricule : _____, ma date de naissance : ____/____/____ (JJ/MM/AA) et mon adresse à domicile : _____ (adresse civique), _____ (ville), _____ (code postal), suis un participant du Régime d'assurance-salaire de la Composante d'Air Canada du SCFP.

Aux fins de ce formulaire, les tiers comprennent exclusivement :

- Patricia Eberley, le représentant syndical du régime d'assurance-salaire.

A ma demande, j'autorise MWA de donner une copie de mon dossier concernant ma demande de prestations du ____/____/____ à la tierce partie.

Je conviens d'aviser MWA par écrit si je désire permettre et ordonner à MWA de communiquer seulement des renseignements précis à des personnes précises.

Les renseignements seront communiqués conformément aux lois en vigueur et aux documents du régime.

LA PRÉSENTE VOUS AUTORISE À AGIR AINSI.

Par ma signature ci-dessous, je dégage les fiduciaires, les caisses en fiducie et Manion, Wilkins & Associates Ltd. de toute responsabilité pouvant découler de la communication des renseignements personnels.

Je comprends que la présente autorisation de divulguer des renseignements reste en vigueur jusqu'à ce que j'informe Manion, Wilkins & Associates Ltd. du contraire par écrit ou en personne. Il m'incombe de veiller à ce que cette autorisation soit à jour et reflète mes volontés.

Signé à _____ le _____ 20____

Signature du participant

DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

INSTRUCTIONS

Afin de protéger votre vie privée, nous ne pouvons communiquer vos renseignements personnels utilisés dans l'administration de vos prestations ou en discuter avec d'autres personnes que vous – pas même votre conjoint – sans demande et autorisation précises de votre part. Le formulaire de divulgation des renseignements personnels vous permet d'autoriser l'administrateur du régime à communiquer vos renseignements personnels entourant les prestations administrées en votre nom ou à en discuter avec certains tiers (définis ci-dessous).

Les tiers comprennent :

- Patrica Eberley, votre représentante syndicale du régime d'assurance-salaire.

Si vous désirez que l'administrateur du régime communique vos renseignements personnels ou en discute avec un tiers (selon la définition ci-dessus), veuillez remplir le formulaire, le signer et le renvoyer à l'administrateur du régime.

Si vous désirez qu'une personne qui n'est pas identifiée comme un tiers obtienne des renseignements en votre nom, ou que vous ne désirez pas que vos renseignements soient communiqués à un tiers en particulier, veuillez nous en faire part par écrit.

Cette autorisation entre en vigueur à la date où l'administrateur reçoit l'information et le demeure jusqu'à ce que vous désiriez modifier votre désignation. Vous pouvez modifier votre désignation n'importe quand en avisant l'administrateur du régime par écrit.

Si vous avez des questions ou désirez obtenir des renseignements précis, appelez directement l'administrateur du régime au (416) 798-3399 x 258 ou sans frais au 1 877-411-3552 x 258