

Présentation d'une demande de règlement au titre de l'assurance invalidité de longue durée (ILD)

Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC}

Toute absence du travail à long terme en raison d'une maladie ou d'un accident peut être une période stressante, surtout lorsque le revenu est affecté. Nous avons préparé le présent résumé pour vous aider à mieux comprendre les étapes du traitement de la demande de règlement d'invalidité et ce qui se passe après.

Comment peut-on être admissible aux prestations d'assurance ILD?

Vous êtes considéré-e comme étant *totale*ment invalide si, en raison d'une maladie ou d'une lésion corporelle, vous êtes incapable :

- a) d'exécuter toutes les tâches de votre emploi régulier, ou
- b) d'occuper un emploi pour lequel vous êtes ou pourriez raisonnablement devenir qualifié-e compte tenu de votre formation, de votre éducation ou de votre expérience.

Le livret des personnes employées donne la *définition d'invalidité*. Aucune prestation n'est versée pour une invalidité partielle.

Toutes les polices du Régime des chambres de commerce stipulent les dispositions relatives à une *condition préexistante*. Cela signifie qu'aucune prestation n'est versée pour une invalidité débutant dans les 12 mois du début de la protection si l'invalidité est liée, directement ou indirectement, à une condition préexistante – c'est-à-dire tout état de santé ayant été traité ou observé par une ou un médecin ou pour lequel des médicaments ont été prescrits dans les trois mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.

Dépôt direct

Desjardins Assurances exige un chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct pour le versement des prestations d'assurance invalidité par dépôt direct. Veuillez l'ajouter à la présentation de votre demande de règlement pour éviter les retards.

Quand doit-on déposer une demande de règlement au titre de l'assurance ILD?

En vertu du Régime des chambres de commerce, les prestations débutent après la période d'attente. Veuillez cependant à ne pas attendre la fin de la période d'attente pour déposer votre demande. Si votre invalidité vous empêche de retourner au travail, nous vous suggérons de transmettre votre demande de règlement dûment remplie et signée dans les 90 jours de votre invalidité. La compagnie d'assurance aura ainsi suffisamment de temps pour passer votre demande en revue et obtenir tous les renseignements additionnels dont elle aura besoin pour l'évaluer.

Les demandes déposées plus de 180 jours après le début de l'invalidité peuvent être refusées en raison de la présentation tardive.

Conseils pour remplir la Déclaration de la personne qui fait la demande

- Assurez-vous de fournir vos numéros d'entreprise et de certificat.
- Répondez à toutes les questions. N'hésitez pas à joindre à votre demande des pièces justificatives, s'il y a lieu.
- N'oubliez pas de signer et dater la section **Déclaration et autorisation**.
- Remplissez la section **Demande de transfert électronique de fonds** et annexe un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ » pour que la compagnie d'assurance puisse déposer vos prestations directement dans votre compte bancaire.
- Si une partie du formulaire ne s'applique pas à vous, veuillez y inscrire la mention « s.o. » (« sans objet ») pour nous indiquer que vous n'avez pas omis cette section.

Comment entreprend-on cette démarche?

La trousse que vous aurez reçue comporte les trois formulaires suivants :

- **Déclaration de la personne qui fait la demande.** Ce formulaire donne à la compagnie d'assurance l'information ayant trait à votre état de santé, un résumé de vos antécédents médicaux et toute autre garantie à laquelle vous pourriez avoir souscrit.
- **Déclaration de l'entreprise employeuse.** Ce formulaire est rempli par l'entreprise employeuse. Il comporte de l'information sur votre emploi, votre rémunération et vos tâches.
- **Déclaration de l'omnipraticienne ou de l'omnipraticien ou de la personne spécialiste.** Ce formulaire est rempli par votre médecin. Il comporte de l'information sur votre état de santé, le traitement y afférent et le pronostic relatif à votre retour éventuel au travail.

Si vous êtes la ou le propriétaire de votre organisation, votre trousse comportera les déclarations de l'entreprise employeuse et de la personne qui fait la demande pour simplifier la cueillette de l'information des formulaires.

Renseignements des formulaires

Pour nous assurer que votre demande de règlement sera traitée rapidement et avec précision, les formulaires ont été conçus pour obtenir le plus de renseignements possible au début du processus. Bien que nous reconnaissons qu'ils sont détaillés, des formulaires remplis complètement et avec exactitude permettront à la compagnie d'assurance d'évaluer votre demande et de prendre une décision plus rapidement.

Qu'est-ce qui peut retarder le processus d'évaluation?

Des formulaires incomplets et des demandes de renseignements médicaux additionnels peuvent retarder le processus. Si la compagnie d'assurance exige des renseignements additionnels, elle prendra toutes les mesures pour les obtenir le plus rapidement possible.

Selon la nature de votre invalidité, la compagnie d'assurance peut demander une admission à l'hôpital ou les rapports sur les antécédents médicaux auprès du régime provincial d'assurance maladie. Celui-ci peut prendre jusqu'à huit semaines pour répondre à une telle demande.

La compagnie d'assurance vous informera si elle demande de l'information additionnelle à votre médecin, à la personne spécialiste ou au régime provincial d'assurance maladie.

À qui doit-on transmettre les formulaires remplis?

La compagnie d'assurance ne pourra pas traiter votre demande avant d'avoir reçu TOUTES les trois parties du formulaire de réclamation, remplies par vous, votre employeur ou employeuse et votre médecin. Il vous revient de vérifier auprès de votre employeur ou employeuse et de votre médecin qu'ils ou elles ont bien rempli, signé et expédié leur déclaration.

Veillez faire parvenir les formulaires dûment remplis et signés au service *Assurance vie et assurance invalidité* par courriel à l'adresse invalidite@johnstongroup.ca, par télécopieur au 1 866 878-0951 ou par la poste à l'adresse indiquée ci dessous. Les formulaires originaux peuvent être exigés.

Régime d'assurance collective des chambres de commerce

1051, rue King Edward

Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

À l'attention du service Assurance vie et assurance invalidité

Qu'est-ce qui se passe ensuite?

Nous transmettons les formulaires que vous avez remplis à Desjardins Assurances pour le traitement de votre demande de règlement et un évaluateur ou une évaluatrice communiquera avec vous pour discuter des étapes à suivre.

Une rédactrice-sinistres ou un rédacteur-sinistres gèrera votre dossier du début jusqu'à la fin.

Cette personne passera en revue votre demande de prestations lorsqu'elle aura reçu les déclarations de *l'entreprise employeuse*, de *la personne qui fait la demande* et de *l'omnipraticienne ou omnipraticien* ou de *la personne spécialiste*. Dans la plupart des cas, elle aura toute l'information nécessaire. Si elle a besoin de renseignements additionnels, elle communiquera avec vous directement.

Qu'est-ce qui se passe ensuite? (suite)

La rédactrice-sinistres ou le rédacteur-sinistres passera en revue votre dossier pour vérifier que vous êtes assuré-e en vertu de votre programme d'avantages sociaux, que vous êtes admissible aux prestations d'assurance ILD au titre de ce programme, que vous répondez aux critères d'invalidité de ce programme, que vous êtes traité-e régulièrement par une ou un médecin possédant son permis de pratiquer et que vous continuez de recevoir les traitements ainsi que les soins continus et appropriés pour votre invalidité.

Si votre demande est approuvée, vous recevrez une lettre vous informant du montant et de la durée prévue de vos prestations mensuelles. Vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire après la période d'attente.

Si votre demande n'est pas approuvée, la compagnie d'assurance vous informera par écrit des raisons de sa décision. Si vous n'êtes pas d'accord avec l'évaluation de la compagnie d'assurance concernant votre demande de prestations d'assurance ILD, vous pouvez en appeler de la décision dans les 30 jours de la date de réception de la lettre. Votre appel doit être formulé par écrit et comporter de nouveaux renseignements médicaux à l'appui de votre demande de réévaluation. Il vous revient de régler tous frais facturés pour la production de nouveaux renseignements médicaux, comme des résultats de tests ou des rapports médicaux.

Combien de temps le processus d'évaluation dure-t-il?

La période d'évaluation initiale est d'environ 10 jours ouvrables à compter de la date où toutes les déclarations de la personne qui fait la demande et des différents intervenants et intervenantes sont reçues.

Si la demande est approuvée, quand les prestations sont-elles versées?

Les prestations d'assurance ILD sont versées mensuellement en arriéré après chaque mois d'invalidité continue. Elles continuent d'être versées aussi longtemps que vous répondez aux critères de l'invalidité totale et aux autres dispositions du régime applicables, telles qu'elles sont définies dans votre livret de personne employée.

À quelle fréquence exige-t-on des renseignements médicaux?

Selon la nature de votre état de santé, des suivis médicaux sont requis périodiquement. La fréquence est fonction de votre état de santé.

À combien les prestations d'assurance ILD s'élèvent-elles?

Les prestations mensuelles d'assurance ILD sont calculées selon un pourcentage de votre revenu. Elles représentent le moins élevé des montants suivants : le montant indiqué sur votre certificat d'assurance ou les prestations payables en fonction de votre revenu à la date où a commencé l'invalidité.

Tout paiement reçu d'une autre source pour la même invalidité peut déduire le montant des prestations, comme les prestations du Régime de pensions du Canada (RPC), du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou les indemnités d'accident du travail. Comme les prestations du RPC ou du RRQ font partie du calcul du montant global de vos prestations, la compagnie d'assurance peut vous exiger de déposer une demande de prestations au titre du RPC ou du RRQ une fois que votre demande de prestations d'assurance ILD est approuvée. Les prestations ne sont pas touchées par le revenu que vous pourriez recevoir d'une assurance invalidité individuelle.

J'ai une protection pour les soins médicaux d'urgence engagés hors province, hors territoire ou hors pays. Cette protection sera-t-elle affectée par ma demande de règlement au titre de l'assurance invalidité?

Les frais des participants et participantes qui souffrent d'invalidité totale et qui ont droit à une exonération des primes ne sont pas couverts pour les soins médicaux d'urgence engagés hors province, hors territoire ou hors pays, tel qu'il est indiqué dans votre livret de personne employée.

Des questions?

Veillez communiquer avec notre équipe chargée des demandes de règlement au titre de l'assurance vie et de l'assurance invalidité par téléphone au 1 800 294-4080 ou par courriel à l'adresse invalidite@johnstongroup.ca.