

# Présentation d'une demande de règlement au titre de la garantie d'indemnités hebdomadaires (invalidité de courte durée)

## Régime d'assurance collective des chambres de commerce<sup>MC</sup>

### Comment peut-on être admissible aux prestations de la garantie d'indemnités hebdomadaires?

Les prestations de la garantie d'indemnités hebdomadaires prévoient un revenu hebdomadaire régulier en cas d'arrêt de travail de courte durée en raison d'une maladie ou d'une lésion corporelle. Les prestations sont versées si vous êtes totalement invalide et sous les soins réguliers et personnels d'une ou un médecin. Aucune prestation n'est versée pour une invalidité partielle.

### Quand les prestations débutent-elles?

La date d'admissibilité commence le jour de la visite chez le ou la médecin, à condition que celui-ci ou celle-ci certifie que vous êtes totalement invalide. Une période d'attente pourrait cependant s'imposer – que l'on appelle *délai de carence* – au cours de laquelle aucune prestation n'est payable. Le cas échéant, les prestations débutent après cette période d'attente.

### À qui les prestations sont-elles versées?

Les prestations de la garantie d'indemnités hebdomadaires sont calculées à raison de 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>% de votre rémunération brute hebdomadaire, jusqu'à concurrence d'un plafond établi. La somme payable est la moins élevée entre le montant figurant sur le certificat d'assurance et un pourcentage de la rémunération hebdomadaire actuelle à la date de l'invalidité.

Ces prestations peuvent être réduites (par voie de déduction) de toute somme payable en vertu de dispositions d'indemnisation des personnes accidentées du travail, d'un programme provincial d'assurance automobile (en ce qui a trait aux paiements pour congé) ou de tout autre programme similaire prévu par un texte législatif.

Pour toute demande approuvée, les prestations hebdomadaires seront déposées directement dans votre compte bancaire. Nous vous demandons de joindre au formulaire de demande de prestations un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ » pour que nous puissions enregistrer les renseignements détaillés du compte et de l'institution financière de votre choix.

### Demande de règlement

Pour déposer une demande de règlement au titre de la garantie d'indemnités hebdomadaires, un avis écrit doit être présenté dans les 90 jours suivant la date de l'invalidité. Les trois parties ci-dessous du formulaire doivent également être remplies par la personne désignée et **soumises dans les 120 jours suivant la date de l'invalidité** :

- une **Déclaration de la personne qui fait la demande** à remplir par vous;
- une **Déclaration de l'entreprise employeuse** à faire remplir par votre employeur ou employeuse;
- une **Déclaration de l'omnipraticien ou de l'omnipraticienne ou de la personne spécialiste** à faire remplir par votre médecin.

Une preuve de l'invalidité totale par écrit satisfaisante pour la compagnie d'assurance doit lui être remise sur demande.

### Renseignements sur la déclaration de la personne qui fait la demande

Cette partie du formulaire donne à la compagnie d'assurance l'information ayant trait à votre état de santé. Pour éviter les retards de traitement, veuillez répondre à toutes les questions de la *Déclaration de la personne qui fait la demande* et vous assurer d'entrer correctement et clairement prénom, nom, adresse postale, numéro de téléphone, numéros d'entreprise\* et de certificat\*.

\* Pour Desjardins Assurances, il s'agit du numéro de police, du numéro de certificat ou d'identification sur le formulaire.



Pour toute question, veuillez communiquer avec notre équipe chargée des demandes de règlement au titre de l'assurance vie et de l'assurance invalidité.  
Téléphone : 1 800 294-4080, option 3  
Courriel : [invalidite@johnstongroup.ca](mailto:invalidite@johnstongroup.ca)

## Renseignements sur la déclaration de l'entreprise employeuse

Veillez demander à votre employeur ou employeuse de bien vouloir remplir ce formulaire. Il permet à la compagnie d'assurance d'obtenir les renseignements relatifs aux sources de revenus et aux prestations pendant votre absence. Veillez à ce que la question numéro 9 de la *Déclaration de l'entreprise employeuse* concernant le dernier jour de travail soit répondue.

## Renseignements sur la déclaration de l'omnipraticien ou de l'omnipraticienne ou de la personne spécialiste

Ce formulaire permet à la compagnie d'assurance d'obtenir les renseignements médicaux ayant trait à votre état de santé et au pronostic. Remplissez la partie 1 du formulaire et remettez celui-ci à votre médecin pour qu'il ou elle puisse le remplir. Veillez noter que votre médecin peut vous facturer des frais pour remplir le formulaire. Le cas échéant, il vous revient de payer ces frais.

## Documentation additionnelle

Lorsque vous aurez rempli le formulaire de réclamation, vous devrez également fournir les documents ci-dessous :

<b>Preuves relatives au revenu</b>	<p>Si vous travaillez à votre compte, veuillez joindre à votre demande une copie des pages 1 et 2 de la T1 Générale pour les deux dernières années, ainsi que vos états financiers.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si un montant est indiqué pour les revenus d'emploi (ligne 101), il faut fournir une copie de tous les feuillets T4 ayant trait à ce montant.</li><li>• Si un montant est indiqué pour les revenus d'un travail indépendant (lignes 135 à 143), il faut fournir une copie de toutes les annexes ayant trait à ce montant.</li></ul>
<b>Autres sources de revenus</b>	<p>Si en plus des prestations de la garantie d'indemnités hebdomadaires, vous recevez des prestations d'un régime d'indemnisation des accidents du travail ou d'une assurance automobile, vous devez nous faire parvenir une copie de la lettre d'approbation ou de refus.</p>

## 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](mailto: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

## Traitement de la demande de règlement

Le processus d'évaluation prend habituellement de 10 à 15 jours ouvrables à partir du jour où TOUS les renseignements requis sont entre les mains de la compagnie d'assurance. Si des renseignements additionnels sont requis, vous en serez informée, et tous les efforts seront déployés pour obtenir l'information manquante dès que possible.

Si votre demande est approuvée, la compagnie d'assurance communiquera directement avec vous et votre employeur ou employeuse, par écrit, et le paiement des prestations débutera. Si votre demande n'est pas approuvée, la compagnie d'assurance communiquera avec vous par écrit vous informant des motifs de sa décision.