

# Présentation d'une demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée

## Régime d'assurance collective des chambres de commerce

Toute absence du travail à court ou à long terme en raison d'une maladie ou d'une lésion corporelle peut être une période stressante, surtout lorsque le revenu est affecté. Pour vous aider à remplir votre demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée ou d'exonération des primes ou d'assurance des frais généraux et à réduire le temps nécessaire au versement du premier paiement, nous avons préparé la présente trousse. Nous espérons ainsi vous faciliter la vie pendant cette période difficile. Nous avons inclus ci-dessous une liste de vérification pour votre commodité. Si vous avez des questions pendant que vous préparez ou obtenez les renseignements nécessaires, veuillez communiquer avec nous au moyen de notre ligne sans frais 1 800 294-4080 de 7 h 30 à 16 h 30, heure du Centre, du lundi au vendredi, pour parler à un représentant du service à la clientèle responsable des dossiers d'assurance invalidité. Veuillez noter que lorsqu'une demande est approuvée, les prestations sont versées mensuellement en arriéré.

Tous les formulaires doivent être remplis le mieux possible et **TOUS LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS AVANT LE DÉBUT DU TRAITEMENT DE LA DEMANDE**. La décision rendue sera fondée sur les renseignements fournis. Malheureusement, les formulaires mal remplis et l'absence de certains documents retarderont le traitement de votre demande de prestations. En pareil cas, nous communiquerons avec vous par écrit vous informant sur le statut de votre demande.

**Nous vous prions de retourner votre demande de prestations dûment remplie à notre bureau.**

- Télécopieur : 1 866 878-0951
- Courriel : [information@johnstongroup.ca](mailto:information@johnstongroup.ca)
- Courrier :

**Régime d'assurance collective des chambres de commerce**  
1051, rue King Edward  
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

À l'attention du service des réclamations d'assurance invalidité  
Les formulaires originaux peuvent être exigés.

### PREUVES RELATIVES AUX REVENUS

Le revenu gagné est le revenu gagné pour les services rendus par l'assuré. Veuillez joindre à votre demande les preuves exigées relatives aux revenus.

#### EMPLOYÉ

Le revenu gagné de l'employé comprend les salaires, les bonis, les commissions et les honoraires. Veuillez joindre des copies de vos feuillets T4 des deux dernières années. Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

#### PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE / TRAVAILLEUR AUTONOME

Le revenu gagné comprend les salaires, les bonis, les commissions ou le revenu net provenant de l'exploitation d'une entreprise à titre de travailleur autonome. Le revenu gagné ne comprend pas les revenus d'intérêts ni de dividendes; les revenus de location; les revenus provenant de gains en capital, de redevances ou de rentes; la rémunération différée ni tout autre revenu qui ne dépend pas de la capacité de l'assuré à rendre des services ou à occuper un emploi.

Le revenu net est le revenu brut de votre entreprise moins les dépenses d'entreprise qui peuvent être déduites du revenu imposable, sauf l'impôt payable sur ce revenu. **Veuillez joindre une copie des pages 1 et 2 de la T1 Générale pour les deux dernières années, et 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.**

Le revenu que vous avez déclaré à l'Agence du revenu du Canada servira à calculer votre revenu gagné et les prestations qui vous seront versées.

### LISTE DE VÉRIFICATION

Assurez-vous que :

- les formulaires sont remplis le mieux possible;
- chaque section des formulaires est remplie par la personne appropriée;
- toutes les sections sont signées et datées;
- les formulaires sont accompagnés d'un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »;
- tous les formulaires requis sont accompagnés d'une copie de votre acte de naissance, de votre passeport ou de votre baptistaire.

# Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée (ILD) déposée au titre du Régime d'assurance collective des chambres de commerce

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 prestations d'invalidité et ce qui se passe après.

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

Vous êtes considéré comme étant *totalemment 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 compte tenu de votre formation, de votre éducation ou de votre expérience.

Le livret des employés 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 un médecin ou pour lequel des médicaments ont été prescrits dans les trois mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.

### Preuves relatives au revenu

La compagnie d'assurance exigera une preuve de votre revenu dans le cadre de l'évaluation de votre demande.

Pour les **employés**, veuillez joindre à votre demande une copie de vos feuillets d'impôt T4 des deux dernières années.

Pour les **propriétaires d'entreprise et les travailleurs autonomes**, veuillez joindre à votre demande une copie des pages 1 et 2 de vos déclarations de revenus, ainsi qu'une copie des annexes détaillant tout revenu inscrit aux lignes 135 et 143 -, et ce, pour les deux dernières années.

## Quand doit-on déposer une demande de prestations d'assurance ILD?

En vertu du Régime des chambres de commerce, les prestations débutent après la période d'attente. Veillez 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 prestations 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 du demandeur

- 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 du demandeur.** 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'employeur.** Ce formulaire est rempli par votre employeur. Il comporte de l'information sur votre emploi, votre rémunération et vos tâches.
- **Déclaration de l'omnipraticien ou du 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 le propriétaire de votre organisation, votre trousse comportera les déclarations de l'employeur et du demandeur pour simplifier la cueillette de l'information des formulaires.

## Renseignements des formulaires

Pour nous assurer que votre demande de prestations 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.

## Renseignements des formulaires (suite)

Assurez-vous que :

- les formulaires sont remplis le mieux possible;
- chaque section des formulaires est remplie par la personne appropriée;
- toutes les sections sont signées et datées;
- les formulaires sont accompagnés d'un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »;
- tous les formulaires requis sont accompagnés d'une copie de votre acte de naissance, de votre passeport ou de votre baptistaire.

Comme les prestations d'assurance ILD ne sont versées que jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré, il est important que nous puissions confirmer la date de naissance.

### 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, au spécialiste ou au régime provincial d'assurance maladie.*

## Déclaration du demandeur / Déclaration de l'employeur

Veillez retourner les déclarations du *demandeur* et de l'*employeur* à notre bureau. Si vous préférez préserver la confidentialité de vos renseignements personnels, vous pouvez nous transmettre votre *Déclaration du demandeur*, alors que votre employeur peut nous retourner son formulaire séparément.

## Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste

Remplissez la section 1 du formulaire et remettez celui-ci à votre médecin pour qu'il puisse le remplir. Ce dernier peut retourner le formulaire dûment rempli et signé par la poste ou le transmettre par télécopieur au 1 866 878-0951 à l'intention du service des réclamations d'assurance invalidité ou par courriel à [information@johnstongroup.ca](mailto:information@johnstongroup.ca).

Il vous revient de régler les frais facturés par le médecin pour remplir la *Déclaration de l'omnipraticien ou du spécialiste* et tout autre rapport médical nécessaire au traitement de votre demande.

## Qu'est-ce qui se passe ensuite?

Nous vous enverrons un accusé de réception de votre demande, comportant notamment notre numéro de téléphone au cas où vous auriez des questions. Nous transmettrons les formulaires que vous avez remplis à Desjardins Assurances. Celle-ci traitera votre demande.

Un rédacteur-sinistres gérera votre dossier du début jusqu'à la fin.

Il passera en revue votre demande de prestations lorsqu'il aura reçu les déclarations de l'*employeur*, du *demandeur* et de l'*omnipraticien* ou du *spécialiste*. Dans la plupart des cas, il aura toute l'information nécessaire. S'il a besoin de renseignements additionnels, il communiquera avec vous directement.

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

Le rédacteur-sinistres passera en revue votre dossier pour vérifier que vous êtes assuré en vertu de votre régime collectif d'avantages sociaux, que vous êtes admissible aux prestations d'assurance ILD au titre de ce régime, que vous répondez aux critères d'invalidité de ce régime, que vous êtes traité régulièrement par 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 à 15 jours ouvrables à compter de la date où toutes les déclarations du demandeur et des différents intervenants 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 tant que vous répondez aux critères de l'invalidité totale, tels qu'ils sont définis dans votre livret d'employé, et tant que vous recevez les traitements appropriés et recommandés par votre médecin traitant. Les prestations sont versées pendant toute la durée de votre protection ou jusqu'à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## 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 des accidentés 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'un régime d'invalidité individuel.

## Des questions?

Communiquez avec votre rédacteur-sinistres au numéro de téléphone qui vous sera fourni. Vous pouvez également communiquer avec l'un des **représentants du Service à la clientèle responsable des dossiers d'invalidité du Régime des chambres de commerce**, au 1 800 294-4080 ou par courriel à [information@johnstongroup.ca](mailto:information@johnstongroup.ca).

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

(À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE,  
S'IL S'AGIT D'UN TRAVAILLEUR AUTONOME)

À l'usage exclusif du siège social : Numéro de groupe \_\_\_\_\_

### 1) RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

Principaux produits ou services \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Type d'entreprise  Propriétaire unique  Société en nom collectif  Personne morale. Quel est votre pourcentage de participation? \_\_\_\_\_ %

### 2) RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

M.  M<sup>me</sup>  D<sup>r</sup>  Autre

Homme  Femme

Nom de famille \_\_\_\_\_ Langue préférée  Français  Anglais

Prénom(s) \_\_\_\_\_ Date de naissance (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Prénom le plus souvent utilisé \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

Adresse postale (si elle est différente) \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise et de certificat \_\_\_\_\_

Type de demande de règlement  Invalidité de longue durée  Exonération des primes de l'assurance vie  Assurance frais généraux

### 3) RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOI

1. a) Date de votre entrée en fonctions auprès de l'entreprise (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur de votre assurance aux termes du régime (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

b) Dernier jour de travail (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Date à laquelle vous seriez retourné au travail si vous n'aviez pas dû vous absenter (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

2. À votre dernier jour de travail, avez-vous travaillé toute la journée?  Oui  Non Si « Non », pendant combien d'heures avez-vous travaillé?

3. Êtes-vous retourné au travail pendant une certaine période depuis votre dernier jour de travail?  Oui  Non Si « Oui », veuillez préciser.

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 3) RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOI (SUITE)

4. Type d'emploi (veuillez cocher une case **dans chaque rangée si nécessaire**)

- a)  Temps plein       Temps partiel
- b)  Permanent       Saisonnier       Cycles économiques
- c) Dans le cas d'un emploi saisonnier ou selon les cycles économiques, décrivez ses conséquences sur votre travail, y compris le nombre d'heures travaillées par semaine et le nombre moyen de mois travaillés par année.

---



---

5. Quelles sont vos heures normales de travail pendant un jour ordinaire, à l'exclusion des heures supplémentaires? De \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h

6. Veuillez indiquer votre semaine normale de travail ou le cycle des postes en indiquant le nombre d'heures travaillées par jour.

<b>Jour de la semaine</b>	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	Le cycle se répète-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Heures</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

Indiquez « 0 » pour un jour de congé.

7. Au cours de la dernière année :

- a) Vos responsabilités ont-elles été modifiées avant votre arrêt de travail?  Oui  Non
- b) Y a-t-il eu des changements dans votre assiduité?  Oui  Non
- c) Y a-t-il eu des changements dans vos tâches?  Oui  Non
- d) À votre avis, votre état est-il lié au travail?  Oui  Non

Si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des explications et joindre des documents à l'appui de celles-ci.

---



---

8. Votre entreprise est-elle toujours en exploitation?  Oui  Non Veuillez préciser.

---



---

### 4) RENSEIGNEMENTS SUR LES PROTECTIONS D'ASSURANCE

1. Autres assureurs pour votre entreprise :

	Nom	Adresse (rue, ville, province, code postal)	Numéro du contrat
<b>Assurance invalidité de courte durée</b>	_____	_____	_____
<b>Assurance soins médicaux complémentaire</b>	_____	_____	_____

2. a) Votre entreprise était-elle titulaire d'une assurance invalidité de longue durée immédiatement avant le présent contrat?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez donner des renseignements sur l'assureur précédent.

Nom de l'assureur précédent \_\_\_\_\_ Contrat \_\_\_\_\_ Date d'effet (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

b) Étiez-vous couvert par le contrat de l'ancien assureur?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer la date d'effet de la protection. (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

3. Votre protection a-t-elle été continue depuis que vous avez été couvert pour la première fois aux termes du régime?  Oui  Non

Si « Non », veuillez indiquer les interruptions de protection et donnez des explications pour chacune d'elles. \_\_\_\_\_

---



---



## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 5) RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE REVENU

La preuve financière exigée à l'égard de votre demande de règlement est indiquée sur une page de couverture incluse dans la pochette *Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée*. Cette information est nécessaire pour bien déterminer le revenu que vous touchiez avant votre invalidité tel qu'il est indiqué dans les dispositions du contrat. Le versement des prestations d'invalidité sera reporté si les demandes de règlement sont présentées sans preuve financière.

1. **Si votre entreprise est une société à propriétaire unique ou en nom collectif**, votre revenu à titre de travailleur autonome est le revenu déclaré aux lignes 135 à 143 de votre déclaration de revenus. Veuillez joindre une copie des annexes (comprises dans votre déclaration) expliquant les montants qui ont été déclarés.

2. **Si votre entreprise est constituée en société**, recevrez-vous un remboursement de votre entreprise pendant que vous êtes invalide?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez indiquer le versement mensuel : Salaire \_\_\_\_\_ \$ Bonis \_\_\_\_\_ \$ Commissions \_\_\_\_\_ \$

3. Partagez-vous votre revenu avec votre conjoint?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez indiquer sa participation à l'entreprise et la méthode utilisée pour déterminer le pourcentage ou le montant de son revenu.

4. Avez-vous un bureau à la maison pour lequel vous déduisez des dépenses?  Oui  Non

### 6) RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE POSTE

1. Veuillez décrire l'emploi que vous occupiez immédiatement avant votre arrêt de travail. Si vous occupiez plusieurs emplois, veuillez donner des renseignements pour tous ces derniers.

Titre du poste (s'il diffère de l'emploi)	Horaire habituel (y compris les pauses et le déjeuner)	Jours travaillés D L M M J V S	Nombre d'employés supervisés
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

2. Décrivez les tâches de ce poste.

	Heures par semaine
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Ce poste peut-il être occupé à temps partiel?  Oui  Non

4. Qualifications minimales requises : \_\_\_\_\_

5. Permis ou certificats requis : \_\_\_\_\_

6. Machines, outils ou matériel utilisés : \_\_\_\_\_



## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 7) EXIGENCES PHYSIQUES

Dans le tableau suivant, le terme **FRÉQUENCE** correspond aux pourcentages suivants :

OCCASIONNELLEMENT : de 0 % à 15 % du temps    SOUVENT : de 16 % à 50 % du temps    TOUJOURS : 51 % ou plus

Cochez ci-dessous les activités relatives à votre poste.

Activité	Fréquence			Activité	Fréquence		
	Occasionnellement	Souvent	Toujours		Occasionnellement	Souvent	Toujours
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demeurer assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se courber, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'étirer /étirer les bras			
Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pousser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Soulever, transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
Manipuler, empoigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			
Manipulations délicates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			
Prise de force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main gauche <input type="checkbox"/> main droite <input type="checkbox"/> les deux mains			

2. a) Le poste exige-t-il que des opérations soient effectuées avec des commandes au pied?  Oui  Non

b) Type d'appareil \_\_\_\_\_

Total des heures par jour \_\_\_\_\_ Plus longue période sans pause \_\_\_\_\_

3. Ce travail peut-il être effectué en alternance en position debout et assise?  Oui  Non

### 8) FONCTIONS COGNITIVES

Les tâches essentielles nécessitent-elles :

	Oui	Heures par semaine	Non
1. de travailler avec d'autres?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
2. de travailler seul, à part des autres ou isolé physiquement?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
3. de comprendre et de suivre des instructions?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
4. d'exécuter des tâches simples et répétitives?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
5. d'exécuter des tâches compliquées ou variées qui exigent un bon jugement ou de bonnes connaissances en français ou en mathématiques?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
6. de respecter des échéances?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
7. de faire souvent des heures supplémentaires?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
8. d'effectuer des tâches variées avec des interruptions fréquentes?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
9. de faire affaire avec des clients agressifs ou bouleversés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
10. de faire affaire avec des personnes qui ont vécu des traumatismes?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 8) FONCTIONS COGNITIVES (SUITE)

**Les tâches essentielles nécessitent-elles :**

	Oui	Heures par semaine	Non
11. de superviser d'autres employés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
12. d'être responsable du travail d'autres employés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
13. d'influencer d'autres employés et non simplement de leur donner des renseignements ou des instructions?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
14. d'assumer des responsabilités quant à la direction, au contrôle et à la planification?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
15. de travailler dans des situations d'urgence, critiques, inhabituelles ou dangereuses?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
16. une attention soutenue pour des tâches compliquées?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

### 9) EXIGENCES ENVIRONNEMENTALES

**Êtes-vous exposé à :**

	Oui	Heures par semaine	Non
1. la température?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
2. une température très froide?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
3. une température très chaude?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
4. l'eau ou l'humidité? (à l'intérieur)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
5. un niveau de bruit			
très calme (isolation)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
calme (bibliothèque)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
modéré (bureau)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
fort (fabrication ou production)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
très fort (marteau-perforateur)?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
6. un faible éclairage?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
7. une mauvaise ventilation?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
8. des vibrations?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
9. la fumée, des odeurs, la poussière, des gaz?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Si « Oui », de quel type? \_\_\_\_\_

10. des déplacements de pièces mécaniques à proximité?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
11. des risques de choc électrique?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
12. un travail dans des endroits élevés et exposés?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
13. des radiations?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
14. des explosifs?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
15. des produits toxiques ou caustiques?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
16. un travail sur un terrain accidenté?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
17. des voyages?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Si « Oui », quel est le moyen de transport utilisé? <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Train			
18. Autre? Si « Oui », veuillez préciser. _____			

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 10) RAJUSTEMENTS ET MODIFICATIONS

Quelles sont les modifications qui ont été apportées à votre environnement de travail dans le passé ou qui pourraient l'être pour vous aider à retourner au travail?

### 11) RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour répondre aux questions, veuillez ajouter des pages en indiquant pour chaque réponse les numéros de la section et de la page de la question.

Votre absence est-elle attribuable à l'une des causes suivantes : (cochez une case)  Accident  Maladie  Grossesse (Dans le cas d'une grossesse, veuillez passer à la section GROSSESSE ci-dessous.)

#### Dans le cas d'une maladie ou d'un accident, veuillez répondre aux questions suivantes :

1. a) Quels ont été les premiers symptômes et quand les avez-vous remarqués pour la première fois? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - b) Quelles sont les raisons qui vous empêchent de retourner au travail? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - c) Quelles sont les conséquences de votre état sur votre vie quotidienne? Veuillez préciser. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - d) Avant votre arrêt de travail, votre état vous a-t-il obligé à modifier la façon dont vous accomplissez vos tâches professionnelles?  Oui  Non  
Si « Oui », veuillez préciser. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - e) Avez-vous déjà subi une blessure semblable ou souffert d'une maladie semblable?  Oui  Non Si « Oui », veuillez préciser.  
Description \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_  
Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
  - f) Si vous avez répondu « Oui » à la question e), le médecin traitant désigné est-il votre médecin actuel?  Oui  Non
2. a) Êtes-vous retourné à votre poste habituel?  Oui  Non  
Si « Oui » :  Date du retour à temps partiel (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_  Date du retour à temps plein (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_
  - b) Si vous êtes retourné au travail à temps partiel, quelles sont les tâches que vous ne pouvez pas accomplir et quelles sont les raisons qui vous en empêchent?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 1) RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (SUITE)

3. Avez-vous discuté d'un programme de retour au travail avec votre médecin traitant?  Oui  Non Si « Oui », veuillez préciser.

a) Réponse du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Votre réponse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. À votre avis, vos tâches devront-elles être modifiées lorsque vous retournerez au travail?  Oui  Non Si « Oui », veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

5. Depuis que vous êtes devenu invalide, avez-vous participé à des activités pour lesquelles vous avez reçu une rémunération?  Oui  Non Si « Oui », veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

### Si votre état est le résultat d'un ACCIDENT, veuillez donner les renseignements suivants :

1. a) Date de l'accident : (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

b) Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Date de la première consultation d'un médecin relativement à cet accident : (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

e) Un rapport de police a-t-il été établi?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer le nom du détachement. \_\_\_\_\_  
Veuillez, si possible, joindre une copie du rapport.

f) Nom et adresse des témoins, le cas échéant. \_\_\_\_\_

2. a) La présente demande est-elle liée au travail?  Oui  Non

b) Si « Oui », une demande d'indemnisation a-t-elle été présentée à une commission des accidents du travail?  Oui  Non Si « Oui », quel est le statut de cette demande?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commission des accidents du travail : Numéro de la demande \_\_\_\_\_ Date de présentation de la demande (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Nom du responsable \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

c) S'il s'agit d'un accident du travail et que vous n'avez pas présenté de demande à une commission des accidents du travail, veuillez en donner les raisons.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Si des prestations d'une commission des accidents du travail ont été approuvées, quels sont les services ou les activités qui vous sont offerts? (Par exemple : rééducation professionnelle, réadaptation professionnelle, tentatives de retour au travail, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 11) RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (SUITE)

Si votre état est lié à une GROSSESSE, veuillez donner les renseignements suivants :

Explication de la nature des complications, le cas échéant : \_\_\_\_\_

Date prévue ou réelle de l'accouchement (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

1. a) Quel a été votre dernier jour de travail? (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

b) Quel a été le premier jour où vous avez été dans l'impossibilité d'effectuer votre travail? (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

c) Lors de votre dernier jour de travail, avez-vous travaillé toute la journée?  Oui  Non Si « Non », veuillez préciser. \_\_\_\_\_

### 12) TRAITEMENTS SUIVIS

1. Dressez la liste de tous les fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés au cours des deux dernières années. Par exemple : votre médecin de famille, les médecins et les spécialistes (par exemple : psychiatre, physiothérapeute, chiropraticien, psychologue, conseiller et thérapeute). Commencez par la dernière consultation. Dressez la liste de tous les autres fournisseurs de soins de santé sur une page distincte.

a) Médecin/Fournisseur \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ Date des consultations (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

Raison/Diagnostic \_\_\_\_\_

b) Médecin/Fournisseur \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ Date des consultations (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

Raison/Diagnostic \_\_\_\_\_

2. Dressez la liste de tous les hôpitaux et établissements de soins de santé où vous avez reçu des soins à titre de patient interne ou externe. Commencez par le traitement le plus récent. Dressez la liste de tout établissement supplémentaire sur une page distincte. La liste doit indiquer tout établissement fréquenté au cours des cinq dernières années.

a) Hôpital/Établissement \_\_\_\_\_ Date d'admission (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Date de sortie (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Raison \_\_\_\_\_

b) Hôpital/Établissement \_\_\_\_\_ Date d'admission (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Date de sortie (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Raison \_\_\_\_\_

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

### 12) TRAITEMENTS SUIVIS (SUITE)

3. Dressez la liste de toutes les pharmacies où vous achetez vos médicaments sur ordonnance.

Nom de la pharmacie	Adresse (rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. a) Décrivez le traitement que vous suivez depuis le début de votre état. (Par exemple : médicaments, méthodes, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Décrivez l'évolution de votre état depuis le début du traitement. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 13) AUTRES SOURCES DE REMPLACEMENT DU REVENU ET PROTECTIONS D'ASSURANCE

Avez-vous demandé ou recevez-vous des prestations de l'une des sources suivantes? Si « Oui », remplissez le tableau ci-dessous.

	SOURCE DE REVENU	SOURCE DE REVENU	SOURCE DE REVENU
	<input type="checkbox"/> Assurance emploi	<input type="checkbox"/> Assurance emploi	<input type="checkbox"/> Assurance emploi
	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif	<input type="checkbox"/> Autre régime collectif
	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec
	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail
	<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de la compagnie	_____	_____	_____
Numéro du contrat	_____	_____	_____
Somme reçue (par semaine/par mois)	_____	_____	_____
Date de présentation de la demande	_____	_____	_____
Date du début des versements	_____	_____	_____
Date de la fin des versements	_____	_____	_____

2. Vous êtes-vous déjà absenté du travail par suite d'une maladie ou d'une blessure pendant plus de 60 jours au cours des deux dernières années?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez indiquer la date du début de l'invalidité (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ la date de la fin de l'invalidité (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

si une demande de règlement a été présentée  Oui  Non Veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Aux termes de quels autres contrats de Desjardins Sécurité financière êtes-vous actuellement couvert? Par exemple : assurance vie

Type de contrat \_\_\_\_\_ Numéro du contrat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée - Déclaration du demandeur

---

### 14) FORMATION ET ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

1. a) Veuillez encercler la dernière année d'études que vous avez terminée : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

b) Avez-vous fréquenté une école technique ou de métiers?  Programme d'apprentissage ou  Collège / Université

Nom du cours / Programme \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu \_\_\_\_\_

c) Avez-vous fait des études commerciales?  Oui  Non Veuillez dresser la liste des cours que vous avez suivis.

\_\_\_\_\_ Terminé :  Oui  Non

\_\_\_\_\_ Terminé :  Oui  Non

\_\_\_\_\_ Terminé :  Oui  Non

d) Veuillez décrire toute autre formation scolaire ou tout programme de perfectionnement (dont les formations en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.). Indiquez également toutes les autres compétences que vous avez acquises, comme la dactylographie, les connaissances informatiques, le fonctionnement d'équipement, les techniques d'encadrement, les permis spéciaux, etc. Ces compétences peuvent inclure celles qui ont été acquises par le bénévolat, les passe-temps et les intérêts personnels.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Permis de conduire \_\_\_\_\_

3. Permis spécial \_\_\_\_\_

---



## Demande de prestations d'assurance invalidité de longue durée – Déclaration du demandeur

### DÉCLARATION ET AUTORISATION

Vos garanties d'assurance salaire en vertu du Régime d'assurance collective des chambres de commerce sont assurées par Desjardins Sécurité financière. Les renseignements personnels que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans **un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires qu'elle offre**. Ils ne seront consultés que par le personnel de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions. Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, avenue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2.

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente *Déclaration du demandeur* sont fidèles et exacts.

J'AUTORISE Desjardins Sécurité financière, aux seules fins de déterminer mon assurabilité, de gérer mon dossier et de traiter ma demande : a) à obtenir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic les renseignements nécessaires au traitement de ma demande. La liste non exhaustive de sources auprès desquelles ces renseignements peuvent être obtenus comprend des professionnels ou établissements de soins de santé, le Bureau des renseignements médicaux, les compagnies d'assurance, les gestionnaires des renseignements personnels ou les agences d'enquête, l'administrateur du Régime des chambres de commerce (Johnston Group inc.), mon employeur ou mes anciens employeurs; b) à communiquer avec ces personnes ou organismes pour obtenir les renseignements personnels qui ne concernent que ma demande; c) si nécessaire, à demander un rapport d'enquête sur moi et à utiliser les renseignements personnels qu'elle peut avoir sur moi dans des dossiers qui sont maintenant fermés.

La présente autorisation demeurera valide jusqu'à ce que ma demande soit complètement traitée. Une photocopie de cette autorisation, signée par moi, est aussi valide que l'originale.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Nom du demandeur (Veuillez écrire en lettres moulées.) \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

Nom du témoin (Veuillez écrire en lettres moulées.) \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS

Veuillez noter que le compte désigné doit être détenu par vous ou conjointement par vous et une autre personne. J'autorise Desjardins Sécurité financière à déposer mes prestations d'invalidité dans le compte bancaire indiqué ci-dessous.

Nom de la banque \_\_\_\_\_

Numéro de la banque \_\_\_\_\_ Numéro de domiciliation \_\_\_\_\_ Numéro du compte \_\_\_\_\_  
(3 chiffres) (5 chiffres) (Nombre de chiffres variable)

Signature \_\_\_\_\_ Date (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

**Pour que vos prestations puissent être déposées dans le bon compte, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ». Si cela n'est pas possible, un représentant de votre banque devrait vous aider à remplir les renseignements sur votre compte. Il est important que vous nous avisiez à l'avance de tout changement apporté à votre compte. (Par exemple, un changement de numéro ou de succursale).**