

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

DÉCLARATION DE LA PERSONNE PARTICIPANT AU RÉGIME

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANT AU RÉGIME

Promoteur de régime _____ Régime collectif n° _____

Personne participant au régime _____
Nom de famille Prénom Initiale

Date de naissance _____ Poids _____ Taille _____
(aa/mm/jj)

Adresse _____
Rue Ville Province Code Postal

Numéro de téléphone _____ Courriel _____

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de déclarations fiscales lorsque nécessaire en lien avec le versement de ma prestation aux termes de mon régime collectif d'invalidité de longue durée.

Numéro d'assurance sociale _____ Signature _____

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom du conjoint _____ Date de naissance _____
Nom de famille Prénom (aa/mm/jj)

Est-ce que votre conjoint un emploi? Oui Non

Enfants à charge :	Date de naissance :	À la maison	À l'école
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ACTUEL

Dernière journée travaillée _____ Désignation de l'emploi _____

Votre emploi a-t-il été modifié avant votre arrêt de travail? Oui Non Si « Oui », comment a-t-il été modifié?

Si votre emploi a été modifié, pourquoi étiez-vous incapable de continuer de travailler?

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ACTUEL suite

Combien de temps avez-vous exécuté le travail modifié?

Depuis votre dernière journée de travail, avez-vous exécuté un autre travail? Oui Non

Dates : du _____ au _____
(aa/mm/jj) (aa/mm/jj)

Veillez décrire _____

Dans le cadre de votre emploi, quelles tâches êtes-vous incapable d'exécuter en raison de votre problème médical?

Y a-t-il d'autres facteurs qui empêchent votre retour au travail ou ont une incidence sur votre retour au travail?

RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES ACTIVITÉS

Avez-vous fréquenté une école ou suivi une formation? Oui Non Dates _____
(aa/mm/jj)

Veillez décrire _____

Avez-vous participé à des activités bénévoles? Oui Non Dates _____
(aa/mm/jj)

Veillez décrire _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA BLESSURE

L'absence du travail est-elle en raison d'une blessure?: Oui Non

Type d'accident: Accident de véhicule Lié au travail Autre (veuillez préciser) _____

À quel endroit et de quelle façon s'est produit l'accident/la blessure? Veuillez décrire la blessure et comment celle-ci vous empêche de travailler.

Date de l'accident _____ Heure _____ AM PM
(aa/mm/jj)

L'incident a-t-il fait l'objet d'une enquête policière? Oui Non Si « Oui », veuillez joindre une copie du rapport.

Y a-t-il une action en justice en cours? Oui Non Si « Oui », fournir les coordonnées de l'avocat.

Nom de l'avocat _____ Numéro de téléphone _____

Adresse de l'avocat _____

AUTRE ASSURANCENom de l'assureur (*par exemple, Auto, CSPAAT/WSIB/CSST, etc.*) _____

Nom de l'expert en sinistres _____

Numéro de téléphone de l'expert en sinistres _____ Numéro de police ou numéro de demande de règlement _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE

Veuillez décrire votre problème médical actuel et comment il vous empêche de travailler.

Quels ont été vos premiers symptômes?

_____Quand avez-vous remarqué les symptômes pour la première fois? _____
(aa/mm/jj)Avez-vous déjà eu la même maladie ou une maladie semblable? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser quand et donner des détails._____
_____La maladie a-t-elle donné lieu à une absence du travail? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser quand. _____
(aa/mm/jj)**RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT**Avez-vous dû faire un séjour à l'hôpital? Oui Non Si « Oui », où? _____Date d'admission _____ Date de congé _____
(aa/mm/jj) (aa/mm/jj)Quand avez-vous pour la première fois cherché à obtenir des soins médicaux pour ce problème médical? _____
(aa/mm/jj)Depuis votre absence du travail, quel type de traitement avez-vous reçu (*par exemple, des soins médicaux, la physiothérapie, la consultation psychologique, etc.*)?_____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRESTATIONS DE REVENU

Avez-vous fait une demande pour une des prestations suivantes, ou en êtes-vous actuellement prestataire? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Revenu / prestation	Date de la demande	Numéro de référence ou de la demande	En suspens	Accordé	Refusé	Terminé	Porté en appel
RRQ/RPC.			<input type="checkbox"/>				
sécurité sociale			<input type="checkbox"/>				
CSPAAT/WSIB/CSST			<input type="checkbox"/>				
Autre assurance collective			<input type="checkbox"/>				
Régime d'association			<input type="checkbox"/>				
Automobile			<input type="checkbox"/>				
Maintien du salaire			<input type="checkbox"/>				
Régime de courte durée			<input type="checkbox"/>				
A.-e.			<input type="checkbox"/>				
Sécurité de la vieillesse			<input type="checkbox"/>				
Indemnité de retraite			<input type="checkbox"/>				
Cessation d'emploi			<input type="checkbox"/>				
Allocation d'ancien combattant			<input type="checkbox"/>				
Services sociaux			<input type="checkbox"/>				
Assurance-invalidité de crédit			<input type="checkbox"/>				
Emploi			<input type="checkbox"/>				

RÉSUMÉ DE L'ÉDUCATION

Année scolaire	Lieu	Niveau obtenu	Domaine d'études

RÉSUMÉ DE L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Veillez dresser la liste de vos antécédents professionnels au cours des 15 dernières années, en commençant par votre emploi le plus récent. Si vous avez besoin de plus de place, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Durée de l'emploi (aa/mm/jj)

Du	Au	Employeur	Tâches

COMPÉTENCES ACQUISES

Veillez énumérer les autres compétences acquises non mentionnées ci-dessus que vous possédez (par exemple, la dactylographie, la conduite d'équipement, les aptitudes de gestion, les permis spéciaux, les mentions, etc.). Le cas échéant, veuillez indiquer le niveau, la vitesse ou la grande compétence.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERMIS

Est-il nécessaire dans votre poste actuel de détenir une attestation ou un permis professionnel valide? Oui Non

Si « Oui », veuillez en dresser une liste, et indiquer toutes les suspensions et les raisons pour celles-ci, le cas échéant.

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

Milieu Activités physiques

En lien avec votre emploi, dans quelle mesure êtes-vous capable d'exercer les activités suivantes? S'il vous faut plus de place pour une explication, veuillez utiliser la section « Remarques » à la dernière page.

Activité	s.o	Peu fréquente (<2 h)	À l'occasion (2 à 4 h)	Fréquente (4 à 6 h)	Constante (>6 h)	Incapable	Si « Incapable », veuillez expliquer	
Position assise	<input type="checkbox"/>							
Position debout	<input type="checkbox"/>							
Marcher	<input type="checkbox"/>							
Grimper	<input type="checkbox"/>							
Vous tenir à genoux	<input type="checkbox"/>							
Vous pencher/vous asseoir sur les talons	<input type="checkbox"/>							
Vous accroupir	<input type="checkbox"/>							
Ramper	<input type="checkbox"/>							
Pousser	<input type="checkbox"/>							
Tirer	<input type="checkbox"/>							
Manipulations délicates avec les doigts	<input type="checkbox"/>							
Préhension simple	<input type="checkbox"/>							
Mouvements du corps répétitifs	<input type="checkbox"/>							
Conduire	<input type="checkbox"/>							
Tendre le bras au-dessus de l'épaule	<input type="checkbox"/>							
Tendre le bras au niveau de l'épaule	<input type="checkbox"/>							
Tendre le bras d'un côté à l'autre	<input type="checkbox"/>							
Tendre le bras vers le haut et le bas	<input type="checkbox"/>							
Soulever/porter	s.o	0 à 10 lb	11 à 20 lb	21 à 50 lb	Peu fréquente	Fréquente	Constance	Incapable
Soulever du plancher à la taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Soulever de la taille aux épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Soulever au-dessus de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Êtes-vous capable de travailler dans les conditions suivantes?

Oui Non

Si « Non », veuillez expliquer

Exposition à des changements extrêmes de température et d'humidité

À proximité de machinerie en mouvement ou d'équipement motorisé

Sous terre ou dans des zones de travail surélevées?

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL suite
Responsabilité

Êtes-vous capable de travailler à un endroit ou d'accomplir un travail qui :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ne comporte aucune pression pour respecter les échéances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| comporte à l'occasion de la pression pour respecter les échéances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| comporte fréquemment de la pression pour respecter les échéances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| comporte une pression constante pour respecter les échéances | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Activités psychologiques

En lien avec votre emploi, veuillez indiquer le niveau de vos limites pour l'exercice des activités suivantes? S'il vous faut plus de place pour une explication, veuillez utiliser la section « Remarques » à la dernière page.

Activité	s.o	Incapable	Extrêmement limité	Moyennement limité	Quelque peu limité	Aucunement limité
Vous souvenir de lieux et de procédures courantes	<input type="checkbox"/>					
Comprendre et vous souvenir d'instructions courtes et simples	<input type="checkbox"/>					
Comprendre et vous souvenir d'instructions détaillées	<input type="checkbox"/>					
Exécuter des instructions simples	<input type="checkbox"/>					
Exécuter des instructions détaillées	<input type="checkbox"/>					
Rester attentif et concentré sur des périodes prolongées	<input type="checkbox"/>					
Réaliser des activités selon un horaire	<input type="checkbox"/>					
Maintenir une routine ordinaire sans supervision	<input type="checkbox"/>					
Prendre des décisions simples	<input type="checkbox"/>					
Résoudre des problèmes simples	<input type="checkbox"/>					
Résoudre des problèmes complexes	<input type="checkbox"/>					
Interagir avec le public	<input type="checkbox"/>					
Poser des questions ou demander de l'aide	<input type="checkbox"/>					
Accepter des instructions et de la rétroaction	<input type="checkbox"/>					
S'entendre bien avec les autres sans les déconcentrer	<input type="checkbox"/>					
S'entendre bien avec les autres sans être déconcentré par eux ou elles	<input type="checkbox"/>					
Vous adapter à des changements fréquents de milieux ou de tâches	<input type="checkbox"/>					
Avoir conscience des dangers normaux et prendre les précautions qui s'imposent	<input type="checkbox"/>					
Voyager dans des lieux inconnus ou utiliser les transports collectifs	<input type="checkbox"/>					
Vous fixer des objectifs réalistes ou faire des projets indépendamment des autres	<input type="checkbox"/>					
Prioriser et gérer les tâches liées au travail	<input type="checkbox"/>					

DISPOSITIONS POUR UN ENTRETIEN

Dans le cadre de la gestion des demandes de règlement de Wawanesa Vie, nous communiquerons avec vous pour un entretien téléphonique au sujet de votre demande de règlement. Veuillez indiquer à quel moment de la journée vous préférez que l'on communique avec vous (*Veuillez noter qu'il est possible qu'un entretien téléphonique ne soit pas jugé nécessaire.*)

Si un entretien téléphonique n'est pas possible, veuillez expliquer pourquoi.

Autorisations et déclarations

AUTORISATIONS

J'autorise par les présentes tout médecin, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique ou toute autre installation médicale ou installation liée aux soins de santé que j'ai visité, ainsi que toute société d'assurance, agence gouvernementale, tout assureur provincial de soins médicaux, l'Agence du revenu du Canada, toute institution, organisation ou personne, qui possède des dossiers à mon sujet ou au sujet de mon état de santé à communiquer toute l'information qui y figure, notamment toute l'information relative à mes antécédents médicaux et à mon état de santé actuel à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, à ses réassureurs ou aux membres du même groupe qu'elle aux fins de l'administration de ma demande de prestations d'invalidité.

J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, ou ses réassureurs, à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma demande de règlement aux termes du présent régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. J'autorise en outre mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tous les autres dossiers que mon assureur possède actuellement à mon sujet, ou ceux qui peuvent être ouverts à l'avenir par mon assureur, aux fins prévues de ces autres dossiers.

Je comprends qu'en fournissant le présent formulaire et en faisant enquête par rapport à la demande de règlement ou en acceptant des preuves de sinistre, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa n'est pas réputée admettre la validité de quelque demande de règlement ni renoncer à ses droits pour s'opposer à toute demande de règlement aux termes du régime.

CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; souscrire des risques de manière prudente; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; déceler et prévenir la fraude; proposer ou fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : le personnel de Wawanesa Vie qui a besoin de cette information pour faire son travail; les personnes chargées des enquêtes sur les sinistres, les agences d'enquête, les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou d'autres territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence à traiter la demande de règlement présentée.

Pour obtenir plus de renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, consultez www.wawanesalife.com ou adressez-vous au service à la clientèle, Wawanesa Vie, au 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Si vous avez des questions (y compris des questions au sujet des renseignements personnels que nous recueillons, ou au sujet des renseignements personnels recueillis, utilisés, communiqués ou stockés pour notre compte par des fournisseurs de services tiers à l'extérieur du Canada) ou voulez formuler une plainte à l'égard de nos politiques et procédures relatives à la protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la personne responsable de la conformité en matière de protection des renseignements personnels : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare par les présentes que les réponses figurant ci-dessus sont exactes et complètes; qu'à ma connaissance, je n'ai pas omis de communiquer à Wawanesa Vie quelque fait important et que les réponses et les déclarations figurant ci-dessus sont données et faites dans le but d'obtenir la prestation demandée.

Je confirme avoir lu, compris et accepté les conditions de la section consentement et divulgation à l'égard des renseignements personnels.

J'autorise tous les médecins et les autres personnes qui m'ont prodigué des soins ainsi que tous les hôpitaux, toutes les institutions et toutes les autorités gouvernementales à fournir à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa tous les renseignements en leur possession ou dont ils ont connaissance à mon sujet aux fins de l'administration de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

WLI# _____
Numéro d'identification de la personne participant au régime

Nom de la personne participant au régime (caractères d'imprimerie)

Date (aa/mm/jj)

Signature de la personne participant au régime