

Déclaration de l'employé

Programme d'assurance-invalidité de courte durée

Veillez remplir le présent formulaire intégralement le plus tôt possible, afin d'accélérer le traitement de votre demande de prestations d'assurance-invalidité aux termes du Programme d'assurance-invalidité de courte durée de Postes Canada. Un formulaire rempli doit être retourné dans les 14 jours suivant le début de l'invalidité pour éviter les interruptions de paiement. Le formulaire rempli doit être envoyé par courrier ou télécopieur directement à :

FINANCIÈRE MANUVIE
2000, RUE MANSFIELD
CP 395, SUCC. PLACE-D'ARMES
MONTREAL QC H2Y 3H1
Téléphone : 1 866 232-9674 ou 613 369-2000
Télécopieur : 1 866 232-9642 ou 613 233-8233

Le présent formulaire de déclaration ne peut pas être soumis dans le cas des accidents ou des blessures au travail. Demandez plutôt à votre chef d'équipe de vous fournir le formulaire provincial pertinent de demande d'indemnisation pour accidents du travail.

SECTION A Renseignements sur l'employé (en lettres moulées)

| | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| Nom de l'employé (nom de famille, prénom usuel, initiale du deuxième prénom) : | | <input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> M ^{me} |
| Adresse complète (numéro, rue, ville, province, code postal) : | | | |
| Matricule n° : | Courriel : | | |
| Numéro de téléphone à domicile : | Autre numéro de téléphone : | | |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) : | Agent négociateur (le cas échéant) : | | |

SECTION B Renseignements sur votre travail (en lettres moulées)

| | | |
|---|--|------------------------|
| Dernier jour travaillé (jj/mm/aaaa) : | <input type="checkbox"/> Employé à temps plein | Nom du chef d'équipe : |
| Premier jour d'absence (jj/mm/aaaa) : | <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel | N° de téléphone : |
| Quand prévoyez-vous retourner au travail? : | <input type="checkbox"/> Employé nommé pour une période déterminée de plus de six mois | |
| Titre de poste : | Décrivez vos tâches : | |

SECTION C Renseignements sur votre demande de prestations (en lettres moulées)

| | | |
|--|---|--|
| Votre invalidité est-elle le résultat : <input type="checkbox"/> d'une maladie non liée au travail? <input type="checkbox"/> d'un accident non lié au travail? <input type="checkbox"/> d'un accident impliquant un véhicule motorisé? | | |
| Décrivez votre maladie ou votre blessure : | | |
| Avez-vous déjà souffert d'un état similaire ou connexe? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, à quand remonte l'état (le cas échéant)? | | |
| Êtes-vous en mesure de retourner au travail en exécutant des tâches modifiées? | | |
| Date et heure de l'accident (le cas échéant) : | Présentez-vous une demande d'indemnisation à une tierce partie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Décrivez brièvement où et comment l'accident s'est produit : | | |
| Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Nom de l'établissement : | |
| | Nom du service ou de l'unité : | |
| Date d'admission (jj/mm/aaaa) : | Date du congé de l'hôpital (jj/mm/aaaa) : | |

SECTION D Renseignements sur les revenus ou sur les prestations (en lettres moulées)

| Renseignements sur les revenus ou sur les prestations | Date de début | Date de fin | Montant (indiquez s'il s'agit d'un montant hebdomadaire ou mensuel) |
|---|---------------|-------------|---|
| Avez-vous présenté une demande dans le but d'obtenir un des types de prestations suivants ou recevez-vous l'un des types de revenus? | | | |
| Prestations d'assurance-emploi | | | |
| Prestations payables en vertu d'un type de programme d'indemnisation des accidents du travail (CAT/CSPAAT/CSST) | | | |
| Prestations payables en vertu d'une assurance automobile ou d'un autre type d'assurance | | | |
| Gains provenant d'un autre emploi | | | |
| Autre | | | |
| <i>Nota</i> : Pendant que des prestations vous sont payables, il vous incombe d'aviser la Financière Manuvie de tout travail effectué, que vous ayez reçu ou non un salaire ou une rémunération, ainsi que de tout revenu d'emploi qui vous a été payé à la suite d'un travail que vous avez exécuté. | | | |

Suivez-vous le programme de traitement recommandé? Non Oui

Nom du médecin traitant/professionnel de la santé principal :

Spécialité :

Date du premier traitement :

Adresse :

N° de téléphone :

Postes Canada est assujettie à la Loi sur la protection des renseignements personnels et s'engage à protéger les renseignements personnels des employés et à gérer ces renseignements avec la plus grande responsabilité et le plus grand soin.**Vous pouvez être assuré que tous les renseignements d'ordre médical que vous donnerez à nos fournisseurs en gestion des cas d'invalidité demeureront strictement confidentiels et protégés contre toute utilisation, toute divulgation, toute rétention et tout traitement inappropriés et non autorisés.****J'atteste** que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets, à ma connaissance. Je comprends que ma demande peut être refusée ou prendre fin si je fournis des renseignements faux, ou pouvant induire en erreur, ou si j'omets des renseignements pertinents.**J'autorise** mon médecin, la Financière Manuvie et ses mandataires et fournisseurs de services et toute personne ou organisme ayant des renseignements personnels pertinents me concernant, y compris les professionnels et les organismes de la santé, à échanger des renseignements dans le but de déterminer l'admissibilité de ma demande et la décision y ayant trait. Cet échange comprend la divulgation de tous renseignements médicaux connexes, notamment, sans toutefois s'y limiter, les copies des rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats d'examen et les dossiers hospitaliers.**J'autorise** la Financière Manuvie et Postes Canada à échanger des renseignements me concernant, à l'exception des détails liés à un diagnostic, à un traitement ou à un médicament se rapportant à cette demande, dans le but de planifier et de gérer ma réadaptation et mon retour au travail, et aux fins d'administration du Programme d'assurance-invalidité de courte durée.**J'accepte** qu'une photocopie de la présente autorisation soit aussi valide que l'original.**J'accepte** de rembourser Postes Canada pour tout paiement en trop lié au Programme d'assurance-invalidité de courte durée.

Signature de l'employé :

Date (jj/mm/aaaa) :