



Comment présenter une demande de *prestations d'invalidité*

Nous savons que c'est une période difficile. Nous voulons vous aider.

Au-delà de votre santé, une invalidité peut avoir des conséquences sur votre travail et votre revenu. Manuvie sait que c'est une période stressante. Nous voulons donc que le processus de demande de règlement soit aussi simple que possible.

 Si vous avez des questions, appelez-nous au
1 888 272-4492. Nous sommes là pour vous aider.



Comment présenter une demande de *prestations d'invalidité*

Voici une liste de ce qu'il nous faut pour évaluer votre demande de règlement.

Nous savons que c'est une période difficile. Nous voulons vous aider.

Nous tenons à évaluer rapidement votre demande de règlement. Il est donc important de nous envoyer **tous** les éléments indiqués. Nous vous appellerons dans les 10 jours ouvrables pour discuter avec vous de votre demande de règlement. S'il manque quoi que ce soit, nous vous en aviserons.



Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 888 272-4492. Nous sommes là pour vous aider.

Voici ce qu'il faut envoyer :

Déclaration du demandeur – Assurance invalidité

Nous avons besoin de votre aide pour comprendre votre travail et l'incidence que votre trouble a sur vous. Veuillez nous fournir le plus de précisions possible pour que nous puissions évaluer votre demande de règlement de façon plus précise.

Déclaration du médecin traitant

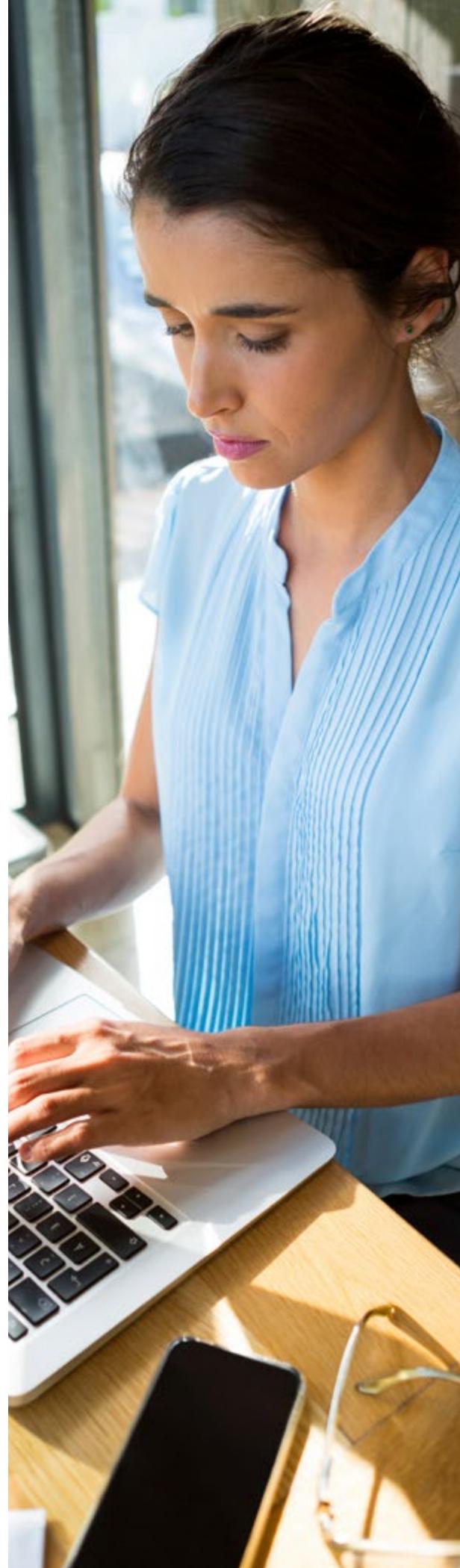
Demandez à votre médecin de remplir ce formulaire. Cette personne doit être le médecin qui vous traite pour l'invalidité en cause. Nous pourrions ainsi connaître votre diagnostic et votre programme de traitement. Il nous faut aussi des copies de documents clés. Votre médecin peut nous les transmettre.

Nous avons besoin :

- de toutes les notes de consultation des spécialistes (votre médecin de famille devrait les avoir);
- des résultats de tests et des rapports d'investigation;
- des dossiers d'hospitalisation (s'il y a lieu).

Déclaration de l'employeur

Demandez à votre employeur de remplir et signer ce formulaire. Il nous aidera à comprendre votre emploi.



Formulaire de virement automatique et chèque annulé

Une fois que nous aurons approuvé votre demande de prestations d'invalidité, nous commencerons à vous verser les prestations. Nous verserons vos prestations directement à votre compte de banque.

- Envoyez-nous ce formulaire pour nous permettre de faire le dépôt.
- Nous avons aussi besoin d'un chèque personnel portant la mention « Nul ».
- Vous avez peut-être une assurance pour dépenses d'entreprise ou frais généraux. Si vous voulez que nous versions ces prestations sur votre compte d'entreprise, envoyez-nous aussi un chèque d'entreprise portant la mention « Nul ».

Renseignements financiers

Votre situation est unique. Votre revenu et d'autres renseignements clés nous aident pour le paiement de vos prestations. Pour ce faire, nous aurons besoin des renseignements indiqués sur cette fiche.

Formulaire de consentement aux communications par courriel

Par courriel ou par la poste? Préférez-vous que nous vous envoyions les renseignements par courriel plutôt que par la poste? Si c'est le cas, envoyez-nous ce formulaire.

Formulaire de consentement pour les communications

Devez-vous communiquer les renseignements liés à votre demande de règlement? Vous voulez peut-être les communiquer à un membre de votre famille, à un conseiller ou à une personne qui pourrait avoir besoin des renseignements de notre part pour vous aider. Envoyez-nous ce formulaire si vous voulez que nous puissions le faire.

Preuve de votre âge

Nous avons besoin d'une copie de votre certificat de naissance. Ou vous pouvez envoyer un autre type de pièce d'identité qui montre votre âge, par exemple votre passeport ou votre permis de conduire.

Voilà! C'est tout ce dont nous avons besoin pour commencer l'évaluation de votre demande de règlement. Une fois que nous l'aurons reçue, nous vous téléphonerons dans les 10 jours ouvrables.

C'est important. Continuez à payer les primes de tous vos contrats jusqu'à ce que nous communiquions avec vous.

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.ca

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste :

Manuvie – Marchés des groupes à affinités
P. O. Box 4213, STN A
Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries :

Manuvie – Marchés des groupes à affinités
Règlements Invalidité
250 Bloor St. East, 2nd floor
Toronto (Ontario) M4W 1E6



Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. Communications simplifiées des Marchés des groupes à affinités – Liste de contrôle pour les demandes de prestations d'invalidité 11/19



Déclaration du demandeur – Assurance invalidité

Utilisez le présent formulaire pour donner des précisions sur votre demande de prestations d'invalidité.

- Répondez **entièrement** à **toutes** les questions. Il est possible que nous ne puissions pas évaluer la demande si nous n'avons pas tous les renseignements nécessaires. Retournez toutes les pages de ce formulaire.
- Vous devez remplir les pages 4 à 10 et la page 11 (sections 1 et 1a).
- Demandez à votre médecin de remplir la **Déclaration du médecin traitant**, soit les pages 11 à 17, en commençant à la section 2 de la page 11.
- **Vous, votre** et **vos** renvoient à la personne assurée. **Nous, notre** et **nos** renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

1 Renseignements personnels

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Nom (prénom et nom de famille) | Nom de la personne assurée | |
| | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Numéro(s) de contrat(s) |
| | Association | |
| | Adresse du domicile | |
| | Ville | |
| | Province | Code postal |
| | Numéro de téléphone principal | Autre numéro de téléphone |

2 Renseignements sur l'invalidité

| | | | |
|-----------------------|---|----|----|
| Dates de l'invalidité | <input type="radio"/> Complètement incapable de travailler | Du | Au |
| | <input type="radio"/> Partiellement incapable de travailler | Du | Au |

Dans le cas d'une invalidité affectant l'épaule, le bras ou la main, êtes-vous : gaucher ou droitier

Blessure

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| Si les blessures sont survenues à la suite d'un accident de la route, veuillez fournir ces renseignements : | Date de la blessure (jj/mm/aaaa) | |
| | Comment et où la blessure est-elle survenue? | |
| | Quand les blessures ont-elles causé le premier arrêt de travail? | Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) |
| | Pourquoi avez-vous cessé de travailler? <input type="radio"/> Blessure <input type="radio"/> Autre raison (veuillez expliquer ci-dessous) | |
| | La blessure était-elle liée au travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| | Quelles blessures avez-vous subies? | |
| | Avez-vous déjà eu la même blessure ou une blessure similaire? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| | Si oui, veuillez préciser (y compris la date) | |
| | Nom de la compagnie d'assurance où le véhicule était assuré | Numéro de contrat |



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

Maladie

À quelle date les symptômes...

sont-ils apparus pour la première fois? (jj/mm/aaaa)

À quelle date les symptômes...

ont-ils causé un arrêt de travail pour la première fois? (jj/mm/aaaa)

Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)

Pourquoi avez-vous cessé de travailler? Maladie Autre raison (veuillez expliquer)

Nature de la maladie et précisions

Avez-vous déjà eu la même maladie ou une maladie similaire? Oui Non Si oui, veuillez préciser (y compris la date)

3 Renseignements sur le traitement

Nom et adresse des médecins traitants

Date du premier traitement (jj/mm/aaaa)

Nom et adresse du médecin traitant habituel (s'ils n'ont pas encore été indiqués)

Si vous n'avez pas consulté un médecin à la date à laquelle l'accident s'est produit ou à la date à laquelle les premiers symptômes sont apparus, veuillez expliquer pourquoi.

Si vous avez été hospitalisé, veuillez indiquer...

Nom et adresse de l'hôpital

Date d'admission
(jj/mm/aaaa)

Date de sortie
(jj/mm/aaaa)

Êtes-vous encore traité pour ce trouble? Oui Non

Nature du traitement et fréquence

Comment votre trouble médical a-t-il affecté votre capacité d'effectuer les tâches essentielles de votre propre profession?

Comment votre trouble médical a-t-il affecté votre capacité d'effectuer les tâches non essentielles de votre profession?

Êtes-vous retourné au travail? Oui Non Si oui, veuillez indiquer les dates. (jj/mm/aaaa)

Temps plein Temps partiel Profession habituelle Une autre profession Heures par semaine



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

3 Renseignements sur le traitement (suite)

Veillez donner des précisions sur votre retour au travail dans votre profession habituelle ou une autre profession.

Si vous n'êtes pas retourné au travail...

À quelle date prévoyez-vous y retourner? (jj/mm/aaaa)

Temps plein Temps partiel

Quels sont les obstacles (médicaux et non médicaux) qui vous empêchent de retourner au travail?

Votre médecin vous a-t-il parlé d'une date de retour au travail et de vos responsabilités relativement à votre rétablissement et à votre retour au travail? Oui Non

Veillez préciser

4 Renseignements sur les autres prestations (Veillez indiquer si vous recevez d'autres prestations)

| Prestations | Demande faite | | Prestations reçues | | Nom de la compagnie | Numéro de contrat | Date de la demande (jj/mm/aaaa) | Montant reçu | | Date d'effet (jj/mm/aaaa) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------------|---------|---------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non | | | | Hebdomadaire | Mensuel | |
| Continuation de salaire/congé de maladie payé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| Assurance automobile (prestations d'invalidité) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| Commission des accidents du travail | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| Régime de pensions du Canada/Régime des rentes du Québec (invalidité) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| Assurance-emploi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| Retraite ou pension | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |

Si vous avez d'autres contrats d'assurance qui prévoient des prestations d'invalidité, notamment l'assurance maladies graves et l'assurance crédit, veuillez remplir la section ci-dessous.

| Demande faite | | Prestations reçues | | Nom de la compagnie | Numéro de contrat | Date du début des versements (jj/mm/aaaa) | Montant des prestations | Assurance personnelle | Frais généraux d'entreprise |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Oui | Non | Oui | Non | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si aucune prestation d'invalidité n'est payable présentement, serez-vous admissible à une telle prestation à l'avenir? Oui Non

Si oui, veuillez préciser (date d'admissibilité, délai de carence, montant et période d'indemnisation) dans le tableau ci-dessus.

Veillez aussi fournir le nom et le numéro de téléphone des personnes-ressources pour toutes les prestations indiquées ci-dessus.



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

Remarques

Veillez fournir toute autre information qui, selon vous, pourrait nous aider à évaluer votre demande de manière approfondie et précise.

5 Renseignements sur l'emploi

(Si oui, demandez à votre employeur de remplir la Déclaration de l'employeur ci-jointe.)

Occupiez-vous un emploi immédiatement avant de devenir invalide? Oui Non

Si vous n'occupez pas d'emploi rémunéré au moment où vous êtes devenu invalide, veuillez indiquer la dernière date à laquelle vous occupiez un emploi avant votre invalidité (jj/mm/aaaa).

6 Renseignements sur votre emploi et vos tâches

Si vous n'occupez pas d'emploi rémunéré, ignorez les sections 6 et 7.

Indiquez toutes les tâches liées à votre travail. Faites de votre mieux pour décrire toutes les tâches importantes que vous accomplissiez dans le cadre de vos fonctions avant l'invalidité.

Si oui, veuillez décrire la nature et la raison du changement

Il est très important de donner une description complète et détaillée de votre travail au moment où vous êtes devenu invalide pour nous permettre d'évaluer votre demande de règlement de façon impartiale et précise.
Remarque : Ce formulaire est conçu pour englober une grande variété de professions. Veuillez fournir une copie de votre curriculum vitae (CV).

Titre du poste

Secteur d'activité

Travaillez-vous à votre compte? Oui Non

Si oui, nombre d'employés

Heures travaillées avant l'invalidité

Depuis quand occupez-vous ce poste (nombre d'années)?

| Tâche | Description détaillée | Nombre d'heures consacrées chaque semaine à chacune des tâches | Êtes-vous présentement capable d'effectuer cette activité? | |
|-------|-----------------------|--|--|-----------------------|
| | | | Oui | Non |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Les tâches indiquées ci-dessus ont-elles changé pendant les 24 mois qui ont précédé le début de l'invalidité? Oui Non

Total d'heures travaillées par semaine



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

7 Renseignements sur l'entreprise

| | |
|---|---|
| Êtes-vous propriétaire unique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Si oui, indiquez le nom de l'entreprise |
| Faites-vous partie d'une société de personnes? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | % de votre part/nombre d'associés |
| Êtes-vous un associé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| Avez-vous vendu votre entreprise? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Date de la vente (jj/mm/aaaa) |
| Nom de la corporation professionnelle (s'il y a lieu) | |
| Nom de toute autre entreprise ou société de gestion détenue en totalité ou en partie par vous ou votre entreprise/cabinet | |

8 Situation relative à un permis

Votre permis de conduire ou toute autorisation d'exercer ou toute certification professionnelle ont-ils été suspendus, révoqués ou soumis à des restrictions? Oui Non

Si oui, précisez les raisons de la suspension, de la restriction ou de la révocation

| Si oui, indiquez la date (jj/mm/aaaa) | Type de permis | Catégorie de permis |
|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| | | |

Si non, avez-vous fait l'objet de plaintes, d'allégations ou d'une enquête? Oui Non

Si oui, veuillez préciser

Avez-vous décidé de ne pas renouveler le permis ou l'une des autorisations ou certifications indiquées ci-dessus? Oui Non

Si oui, veuillez donner les raisons

9 Divers

Intentez-vous actuellement une action en justice relativement à une invalidité ou prévoyez-vous le faire? Oui Non

Si oui, veuillez donner la raison

Veuillez indiquer le nom de votre avocat

Nom du cabinet

| | | | |
|---|--|---|--|
| Les primes de votre couverture d'assurance invalidité ont été payées... | <input type="radio"/> En totalité ou en partie par un employeur (imposables) | <input type="radio"/> En totalité par moi-même, sans être réclamées en tant que dépenses (non imposables) | <input type="radio"/> En totalité par moi-même, mais ont été réclamées en tant que dépenses (imposables) |
| | Mensuel brut moyen | Dépenses | Net |

S'il y a lieu, votre ou vos taux horaires de facturation

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Nom complet de votre comptable | Numéro de téléphone |
|--------------------------------|---------------------|

Autorisation : Par la présente, j'autorise mon comptable nommé ci-dessus à fournir à Manuvie tous les renseignements et documents financiers et fiscaux touchant à mes affaires, et à fournir toute explication nécessaire qui pourrait être demandée pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

| | | |
|------------|-----------------------|-------------------|
| Signez ici | Signature de l'assuré | Date (jj/mm/aaaa) |
|------------|-----------------------|-------------------|



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

10 Autorisation et consentement

La présente section porte sur l'usage que nous faisons de vos renseignements personnels; veuillez la lire attentivement.

En apposant votre signature à la page 10, vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à communiquer et à conserver vos renseignements personnels et vous acceptez les méthodes par lesquelles nous le faisons.

Vous ne pouvez modifier la section 10 d'aucune façon. Toute tentative de le faire sera sans effet. Si vous souhaitez révoquer votre consentement, consultez les sections pertinentes à la page suivante.

La protection des renseignements personnels est importante

Nous savons que la protection des renseignements personnels est importante pour vous, et nous tenons à vous assurer que nous y accordons la même importance. Les renseignements personnels sont essentiels à l'exercice de nos activités, car ils nous permettent d'évaluer et d'administrer les dossiers relatifs aux demandes de règlement présentées au titre de votre ou vos contrats. Les renseignements ne seront utilisés que pour l'assurance et seront traités confidentiellement.

Collecte de vos renseignements personnels

Outre les renseignements personnels que vous fournissez dans le présent formulaire, nous pourrions recueillir :

- des renseignements au moyen d'une enquête sur la personne, incluant le recours à la surveillance vidéo et une évaluation du crédit ou un rapport de solvabilité;
- des renseignements sur votre emploi auprès de votre employeur, s'il y a lieu.

Utilisation de vos renseignements personnels

Nous pourrions utiliser les renseignements personnels que nous avons recueillis pour :

- confirmer votre identité et vous identifier d'une manière distinctive;
- confirmer l'exactitude des renseignements recueillis;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires;
- mener des recherches pour vous retrouver et mettre vos coordonnées à jour dans nos dossiers;
- procéder à une enquête, et évaluer et administrer votre demande de règlement.

Communication des renseignements personnels

Nous pouvons communiquer des renseignements personnels aux personnes, organismes et fournisseurs de services suivants :

- nos sociétés affiliées, nos tiers administrateurs, d'autres compagnies d'assurance, ainsi que nos employés et agents qui ont besoin de ces renseignements;
 - les réassureurs concernés;
 - les fournisseurs de services tiers qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment :
 - les enquêteurs en sinistres et les organismes d'enquête;
 - les fournisseurs de services de traitement et de stockage de l'information, de programmation, d'impression, d'envoi postal et de distribution;
 - les praticiens ou professionnels de la santé;
 - le Bureau de renseignements médicaux (BRM), comme l'explique l'avis compris dans votre proposition originale d'assurance invalidité;
 - les personnes auxquelles vous en avez accordé l'accès;
 - les personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels.
- Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être communiqués selon les exigences des lois de ces territoires de compétence.

Protection et conservation de vos renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté en les stockant dans un dossier individuel.

Nous les conservons pendant la plus longue des périodes suivantes :

- la période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers;
- la période nécessaire pour procéder à l'instruction des sinistres et pour évaluer et administrer la présente demande de règlement et toute demande de règlement ultérieure conformément aux conditions de votre ou vos contrats.

Révocation de votre consentement

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions et conservions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour évaluer et administrer votre demande de règlement.

Pour révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, vous pouvez appeler en tout temps notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-3763. Vous pouvez aussi écrire à notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Si vous révoquez votre consentement ou si votre consentement n'est pas adéquat, vous convenez que cela peut entraîner les conséquences suivantes jusqu'à ce qu'un consentement suffisant soit donné :

- aucune prestation n'est versée si vous révoquez votre consentement avant l'évaluation et le traitement de la demande de règlement;
- vous ne pourrez exercer aucun des droits que vous confère le contrat sans notre consentement;
- si votre demande de règlement est en cours de traitement au moment de la révocation du consentement, aucune autre prestation ne sera payée.

Droit d'accès aux renseignements personnels et demandes de renseignements

Vous pouvez demander un exemplaire de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels. Vous pouvez également demander à vérifier vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers et faire corriger toute donnée inexacte en envoyant une demande écrite au :

Bureau de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités

Manuvie

P. O. Box 1602

Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Vous pouvez obtenir une copie de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre responsable de la protection des renseignements personnels ou en visitant le site www.manuvie.ca > Politique de confidentialité.



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

11 Autorisation de communiquer des renseignements

Une copie de la présente section dûment remplie et signée sera remise aux hôpitaux ou autres organismes en guise d'autorisation à nous communiquer des renseignements pour les besoins de la présente demande de règlement.

Dans la présente section, **nous, notre** et **nos** renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers; **vous, votre** et **vos** renvoient à la personne assurée.

Vous donnez l'autorisation et l'ordre aux médecins, praticiens, professionnels des soins de santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux compagnies d'assurance ou à leurs fournisseurs de services, au Bureau de renseignements médicaux et aux autres organismes, institutions, associations ou personnes possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, à nous communiquer et à communiquer aux réassureurs concernés et à échanger avec nous ou avec ces réassureurs tout renseignement sur vous qui nous est nécessaire pour l'administration de la présente demande de règlement.

En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- à votre connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente Déclaration du demandeur sont à jour, exacts et complets;
- vous acceptez les conditions de la présente Déclaration du demandeur;
- vous donnez toutes les autorisations et tous les consentements décrits dans la présente Déclaration du demandeur;
- vous vous engagez à rembourser toutes les sommes qui pourraient être dues à Manuvie à la suite d'un trop-perçu de prestations;
- vous convenez qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original;
- vous avez examiné votre ou vos certificats d'assurance et vous confirmez que les réponses aux questions de la proposition étaient exactes, complètes et véridiques au moment où elles ont été fournies et où le ou les certificats ont été reçus.

Conformément à la législation en vigueur dans certaines provinces, nous sommes tenus de vous informer que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement.

Avis relatif à la fraude : Quiconque produit sciemment une demande de règlement contenant des renseignements faux ou trompeurs est passible de sanctions pénales et civiles. De plus, l'assureur peut refuser de verser des prestations si le proposant a fourni de faux renseignements déterminants dans le cadre d'une demande de règlement ou d'une proposition.

Veuillez écrire en majuscules

Signez ici

Signature du bénéficiaire (dans les territoires de compétence applicables) ou du représentant légal si la personne assurée est mineure ou inapte (joindre les documents pertinents)

Signez ici

Nom de la personne assurée

Signature de la personne assurée

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du bénéficiaire

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du témoin

Date (jj/mm/aaaa)

IMPORTANT : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.ca

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

P. O. Box 4213

STN A

Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

Règlements Invalidité

250 Bloor St. East, 2nd floor

Toronto (Ontario) M4W 1E6



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

Déclaration du médecin traitant

Utilisez le présent formulaire pour fournir des précisions sur la présente demande de prestations d'invalidité.

- Utilisez ce formulaire pour nous fournir des renseignements médicaux sur la personne atteinte d'invalidité.
- Répondez **entièrement** à **toutes** les questions. Il est possible que nous ne puissions pas évaluer la demande si nous n'avons pas tous les renseignements nécessaires.
- Vous devez remplir les sections 1 et 1a.
- Votre médecin doit remplir les pages 11 à 17, en commençant à la section 2. Votre médecin doit aussi nous envoyer les notes et les rapports que nous demandons dans le formulaire.

Important : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes. Ces tests servent, entre autres, à la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, à la surveillance, au diagnostic et au pronostic.

1a Renseignements personnels

La section 1 doit être remplie entièrement, puis signée et datée par la personne assurée avant que le médecin remplisse les sections 2 à 14.

Nom de la personne assurée (prénom et nom de famille)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Numéro(s) de contrat(s)

Adresse du domicile

Ville

Province

Code postal

1b Autorisation de la personne assurée de communiquer des renseignements personnels

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal si elle est mineure ou inapte (joindre les documents pertinents)

En signant ci-dessous :

- Je donne l'autorisation et demande au médecin qui prépare la présente Déclaration du médecin traitant de transmettre les renseignements et dossiers sur moi et mon état de santé à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Ces renseignements seront utilisés pour l'administration d'une demande de règlement présentée au titre du contrat indiqué à la section 1a).
- Je reconnais qu'il m'incombe de fournir le présent formulaire à mon médecin pour qu'il le remplisse, et que je devrai payer tous frais exigés par mon médecin pour le remplir.
- Je sais que mes renseignements personnels seront utilisés et conservés de la façon décrite dans le document sur la politique et les procédures de Manuvie. (Ce document peut être obtenu auprès de notre Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Manuvie, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.)

Signature de la personne assurée

Date (jj/mm/aaaa)

2 Antécédents

Date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois ou l'accident est survenu (jj/mm/aaaa)

Date à laquelle le diagnostic du trouble a été établi pour la première fois (jj/mm/aaaa)

À votre connaissance, quand le trouble du patient l'a-t-il empêché de travailler pour la première fois?

Le trouble est-il considéré comme chronique? Oui Non

Si oui, qu'est-ce qui a précipité l'arrêt de travail?

Le patient a-t-il déjà souffert du même trouble ou d'un trouble similaire?

Oui Non

Si oui, indiquez la date et donnez des précisions

Le trouble est-il dû à une blessure ou à une maladie liée au travail du patient? Oui Non Ne sais pas

Taille actuelle

Poids actuel



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

3 Diagnostic

S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, ignorez les sections 3 à 8.

Veillez fournir des copies de vos notes de consultation à l'appui des diagnostics cités depuis l'apparition du trouble jusqu'à la date courante.

Diagnostic primaire (y compris toutes complications)

Diagnostic secondaire (s'il y a lieu)

Y a-t-il eu des facteurs précipitants? (veuillez préciser)

Autres affections ou complications qui pourraient prolonger la période de rétablissement

Si le trouble est dû à une grossesse, quelle est la date prévue de l'accouchement? (jj/mm/aaaa)

4 Tests et constatations objectives

Constatations objectives (veuillez joindre des copies de rapports d'exams radiographiques, de rapports d'épreuves ou d'investigations diagnostiques, de données de laboratoire, de rapports d'admission ou de sortie d'hôpital ou de rapports opératoires)

| Épreuves diagnostiques | Date (jj/mm/aaaa) | Résultats |
|------------------------|-------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Envisagez-vous d'autres épreuves diagnostiques? Oui Non Si oui, veuillez préciser

Symptômes (indiquez tous les symptômes)

5 Trouble cardiaque

Capacité fonctionnelle (American Heart Association) Catégorie 1 (aucune limitation) Catégorie 2 (légère limitation) Catégorie 3 (limitation marquée) Catégorie 4 (limitation complète)

Trois dernières mesures de la tension artérielle (indiquez les dates)

| Résultat | Résultat | Résultat |
|---|--------------|--------------|
| (jj/mm/aaaa) | (jj/mm/aaaa) | (jj/mm/aaaa) |
| Date de la dernière épreuve d'effort (jj/mm/aaaa) | METS obtenus | |

A-t-on recommandé un programme de réadaptation cardiaque à votre patient? Oui Non

Nom et adresse de l'établissement

Date de la recommandation (jj/mm/aaaa)

Si non, pourquoi?

6 Déficience visuelle

| Quel est le résultat du dernier examen de la vue? | Avec lunettes | | O.D. | O.S. |
|---|--|--|---|--|
| | Sans lunettes | | O.D. | O.S. |
| La vue peut être en totalité ou en partie recouvrée grâce à : | O.D. <input type="radio"/> Des lentilles <input type="radio"/> Un traitement | O.S. <input type="radio"/> Des lentilles <input type="radio"/> Un traitement | <input type="radio"/> Une intervention chirurgicale | <input type="radio"/> Ne peut pas être recouvrée |
| | | | <input type="radio"/> Une intervention chirurgicale | <input type="radio"/> Ne peut pas être recouvrée |

En cas de traitement ou d'intervention chirurgicale, veuillez préciser



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

7 Déficience physique

| | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|--|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | <input type="radio"/> Catégorie 1 (aucune limitation – apte à pratiquer une activité physique soutenue) | | | Votre patient est-il : | | | | |
| | <input type="radio"/> Catégorie 2 (légère limitation – apte à pratiquer une activité modérée) | | | <input type="radio"/> Ambulatoire | <input type="radio"/> Alité | | | |
| | <input type="radio"/> Catégorie 3 (limitation modérée – apte à pratiquer une activité légère) | | | <input type="radio"/> Obligé de rester chez lui | <input type="radio"/> Hospitalisé | | | |
| | <input type="radio"/> Catégorie 4 (limitation marquée – apte à pratiquer une activité minime) | | | <input type="radio"/> Ambulatoire à l'aide d'appareils (veuillez préciser) | | | | |
| | <input type="radio"/> Catégorie 5 (Inapte à pratiquer une activité physique minime) | | | | | | | |
| (Si oui, indiquez le nombre d'heures par jour) | Votre patient peut-il : | Oui | Non | Heures par jour | Votre patient peut-il : | Oui | Non | Heures par jour |
| | Soulever ou porter des charges pouvant peser jusqu'à 25 lb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Rester debout pendant 1 heure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Soulever ou porter des charges de plus de 25 lb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Tendre le bras au-dessus de l'épaule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Pousser ou tirer des charges pouvant peser jusqu'à 25 lb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Tendre le bras au niveau de l'épaule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Pousser ou tirer des charges de plus de 25 lb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Tendre le bras au-dessous de l'épaule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | S'asseoir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Se pencher ou s'accroupir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Se tenir debout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | S'agenouiller ou ramper | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Marcher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

8 Traitement – Déficience physique

| | | | | |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| Si des médicaments sont pris, veuillez les indiquer ci-dessous | Date de la première consultation (jj/mm/aaaa) | Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) | Fréquence des consultations <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Autre (précisez) | |
| | Médicaments | Posologie | Date de début (jj/mm/aaaa) | Date d'arrêt (jj/mm/aaaa) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Le patient a-t-il été admis dans un établissement de soins ou un hôpital? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | | |
| Si oui, veuillez préciser | | | | |
| Nom de l'établissement ou de l'hôpital | Date d'admission (jj/mm/aaaa) | | Date de sortie (jj/mm/aaaa) | |
| | | | | |
| Date et description de l'intervention chirurgicale (jj/mm/aaaa) | | | | |
| Autre traitement (p. ex., thérapie), veuillez décrire | | | Durée prévue du programme de traitement | |
| Description de tout programme de traitement proposé ou envisagé | | | | |
| Veuillez préciser la réponse au traitement | | | | |
| <input type="radio"/> Rétablissement <input type="radio"/> Amélioration <input type="radio"/> Pas de changement <input type="radio"/> Dégradation | | | | |
| Le patient se conforme-t-il au programme de traitement? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | Si non, veuillez expliquer | |
| | | | | |
| | | | | |



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

8 Traitement – Médecins traitants

Veillez lister tous les médecins traitants

| Nom | Spécialité | Adresse |
|-----|------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

Envisagez-vous de recommander le patient à un spécialiste? Oui Non

Si non, pourquoi?

9 Trouble(s) psychiatrique(s) et traitement

(diagnostic, année, durée, etc.)

Veillez décrire de quelle manière le trouble a eu une incidence sur les capacités suivantes et dans quelle mesure

Diagnostic primaire Diagnostic secondaire

Antécédents familiaux positifs Oui Non Si oui, veuillez expliquer

Antécédents psychiatriques

Maladie actuelle (indiquez tous les symptômes)

| Vos constatations et observations cliniques | Aucune incidence | Légère | Modérée | Grave |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Apparence | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mémoire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Énergie/vigueur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comportement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prise de décisions | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Socialisation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Concentration/attention | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Élocution | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Humeur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Compréhension/jugement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fonctions exécutives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Observations ou commentaires à l'égard de ce qui précède

Veillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) ou qui pourraient avoir des répercussions sur la période de rétablissement.

Facteurs entraînant des complications

- Problèmes liés au milieu de travail Problèmes sociaux ou familiaux Problèmes financiers ou juridiques
 Troubles physiques Alcoolisme ou toxicomanie
 Effets secondaires de la médication Perception de la douleur Mesures disciplinaires/licenciement
 Personnalité/motivation Autre

Veillez préciser

Décrivez les mesures d'aide mises en place ou prévues pour s'attaquer à ces problèmes



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

9 Trouble(s) psychiatrique(s) et traitement (suite)

Renseignements sur le traitement – psychologique (p. ex., cognitivo-comportemental, toxicomanie/alcoolisme, groupe, famille, couple, programme en hôpital de jour)

| Type de thérapie | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date de début du traitement (jj/mm/aaaa) | Fréquence des consultations | Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) | Réponse |
|------------------|--|--|--|---|---------|
| | | | <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Autre | | |
| | | | <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Autre | | |
| | | | <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Autre | | |
| | | | <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Autre | | |

Médicaments actuellement pris

| Nom du médicament | Date de début (jj/mm/aaaa) | Posologie initiale | Date du dernier changement de posologie (jj/mm/aaaa) |
|-------------------|----------------------------|--------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Autre traitement (veuillez préciser)

Votre patient se conforme-t-il au programme de traitement que vous avez recommandé? Oui Non

Si non, précisez pourquoi

Veuillez décrire la réponse au traitement Rétablissement Amélioration Pas de changement Dégradation

Commentaires

Votre patient est-il : Obligé de rester chez lui Hospitalisé

Dates d'hospitalisation

| Raison | Établissement | Date d'admission (jj/mm/aaaa) | Date de sortie (jj/mm/aaaa) |
|--------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |

Description de tout programme de traitement envisagé



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

10 Pronostic quant au retour au travail

Quel est le pronostic quant au rétablissement?

Avez-vous discuté du pronostic de rétablissement avec votre patient? Oui Non

D'après vous, quel est l'emploi de votre patient?

Connaissez-vous les exigences fonctionnelles de l'emploi de votre patient? Oui Non

Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec votre patient? Oui Non

Si oui, sur quelle base?

Du (jj/mm/aaaa)

Au (jj/mm/aaaa)

Temps partiel, tâches modifiées

Temps partiel, tâches habituelles

Temps plein, tâches modifiées

Temps plein, propre profession

Prévoyez-vous une amélioration significative? Oui Non

Veillez expliquer votre réponse

Votre patient gagnerait-il à recevoir des services de counseling, du soutien en matière de réadaptation professionnelle ou une autre forme d'aide? Oui Non

Veillez préciser.

11 Situation relative à un permis

A-t-on restreint l'usage du permis de conduire du patient, ou de toute autorisation d'exercer sa profession ou certification professionnelle, ou les a-t-on révoqués en raison de son état de santé? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le type de permis

Catégorie de permis

Date de la restriction/révocation (jj/mm/aaaa)

Vous a-t-on demandé de fournir des renseignements (verbalement ou par écrit) à un organisme gouvernemental, à une association professionnelle ou à un bureau d'attribution de permis au nom de votre patient? Oui Non

12 Autres assurances

Avez-vous fourni des renseignements sur l'état de santé de votre patient à d'autres assureurs (p. ex., RPC, tout type de régime d'indemnisation des accidents du travail, autres compagnies d'assurance) Oui Non

Nom des compagnies ou des organismes :

13 Capacités

Selon vous, le patient est-il mentalement capable d'endosser un chèque et d'utiliser les sommes dues? Oui Non

Si non, depuis quelle date? (jj/mm/aaaa)

Qui a reçu la procuration ou a été nommé curateur aux biens?



Des questions? Téléphonnez-nous au 1 888 272-4492

Pour le médecin traitant

Transmettez ces éléments à votre patient ou envoyez-les directement à Manuvie.
Joignez le formulaire dûment rempli ainsi que vos notes et les rapports.

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.ca

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités
P. O. Box 4213, STN A
Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités
Règlements Invalidité
250 Bloor St. East, 2nd floor
Toronto (Ontario) M4W 1E6



Formulaire de consentement au virement automatique

Utilisez le présent formulaire pour nous permettre de virer l'argent à votre compte de banque une fois que nous aurons approuvé votre demande de règlement.

- Nous avons aussi besoin d'un chèque personnel portant la mention « Nul ».
- Pour les demandes de règlement portant sur les frais généraux – si vous le souhaitez – un chèque d'entreprise portant la mention « Nul ».

Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 888 272-4492
Nous sommes là pour vous aider.

Une fois votre demande acceptée, nous déposerons vos prestations directement dans votre compte de banque. Votre compte de banque doit être auprès d'une institution financière canadienne. Nous déposons vos prestations dans votre compte de banque au moyen d'un transfert électronique de fonds (TEF).

Vous avez les avantages suivants :

1. Il n'y a aucun risque de perte ou de vol de votre chèque.
2. Il n'y a aucune possibilité de retard ou d'interruption du service postal.
3. Si vous n'êtes pas chez vous, votre argent peut être déposé dans votre compte de banque plutôt que dans votre boîte aux lettres.
4. Ce service ne vous coûte rien.

C'est très simple. Signez l'autorisation ci-dessous et retournez-la-nous avec un chèque personnel portant la mention « Nul ». Le chèque doit indiquer votre nom et votre adresse actuelle. Vous pouvez nous envoyer l'autorisation et le chèque en utilisant les coordonnées au bas de la page. Nous acceptons les courriels, les télécopies et les copies papier.

| Autorisation | |
|--------------|---|
| Signez ici | Nom |
| | J'autorise Manuvie à verser les prestations pour le(s) numéro(s) de contrat |
| | Signature |
| | Date (jj/mm/aaaa) |

- Joignez votre(vos) chèque(s) annulé(s) ici.

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.ca

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

P. O. Box 4213, STN A
Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

Règlements Invalidité
250 Bloor St. East, 2nd floor
Toronto (Ontario) M4W 1E6

À propos de l'historique de l'employé

Date de la maladie ou de la blessure (jj/mm/aaaa)

Si l'employé s'est blessé, l'accident a-t-il eu lieu au travail? Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une demande d'indemnisation auprès d'une commission des accidents du travail (ou d'un organisme équivalent)?

Oui

Numéro de dossier

Non

Reçoit-il des prestations ou demande-t-il des prestations au titre d'un régime collectif d'assurance invalidité?
 Oui Non

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro de contrat

Prestations payables

\$

Date de fin de versement des prestations (jj/mm/aaaa)

Date à laquelle il a cessé tout travail (jj/mm/aaaa)

A-t-il repris un travail modifié ou un travail à temps partiel? Oui Non

Si oui, à quelle date? (jj/mm/aaaa)

A-t-il repris son emploi habituel ou un travail à temps plein? Oui Non

Si oui, à quelle date? (jj/mm/aaaa)

Si non, quand doit-il revenir au travail? (jj/mm/aaaa)

À propos de vous

Nom de votre entreprise

Adresse

Ville

Province

Code postal

Signé par (nom)

Titre du poste

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.com

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

P. O. Box 4213, STN A

Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

Règlements Invalidité

250 Bloor St. East, 2nd floor

Toronto (Ontario) M4W 1E6

Formulaire de consentement aux communications par courriel

Souhaitez-vous utiliser le courriel pour communiquer avec nous au sujet de votre demande de règlement? Si c'est le cas, envoyez-nous ce formulaire.

- Remplissez le présent formulaire. Signez-le. Ensuite, retournez-le-nous. Utilisez les coordonnées indiquées au bas de la présente page.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 888 272-4492
Nous sommes là pour vous aider.

Mes renseignements personnels

Mon adresse de courriel

Mon(mes) numéro(s) de contrat :

Mon autorisation à Manuvie

Je demande à Manuvie de communiquer avec moi par courriel.

Je conviens que :

- Vous pouvez m'envoyer par courriel les renseignements concernant ma demande de règlement.
- Les courriels que vous m'enverrez peuvent contenir des documents. Les courriels et les documents peuvent contenir mes renseignements personnels, médicaux et financiers.
- Vous enverrez tous les courriels à l'adresse de courriel que j'ai inscrite sur ce formulaire.
- Vous devrez utiliser cette adresse de courriel pendant toute la durée de ma demande de règlement, jusqu'à ce que je vous demande par écrit de la changer.
- Si je change mon adresse de courriel, je vous en informerai le plus tôt possible.

Je comprends que :

- Vous m'envoyez par courriel les renseignements concernant ma demande de règlement, parce que je vous l'ai demandé.
- Si quelqu'un intercepte mes courriels, accède à mon compte de messagerie électronique ou interfère avec les fonctionnalités de celui-ci, Manuvie n'en sera pas tenue responsable.
- **Vous ne pouvez pas encore garantir que le courriel est un moyen de communication sécuritaire.**

Signez ici

Mon nom

Ma signature

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.com

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

P. O. Box 4213, STN A

Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

Règlements Invalidité

250 Bloor St. East, 2nd floor

Toronto (Ontario) M4W 1E6

Formulaire de consentement pour les communications

Souhaitez-vous que nous communiquions les renseignements liés à votre demande de règlement à quelqu'un d'autre? Si c'est le cas, envoyez-nous ce formulaire.

- Remplissez le présent formulaire. Signez-le. Ensuite, retournez-le-nous. Utilisez les coordonnées indiquées au bas de la présente page.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 1 888 272-4492
Nous sommes là pour vous aider.

J'accepte que Manuvie communique avec des tiers au sujet de ma demande de règlement.

Mon nom

Mon(mes) numéro(s) de certificat

Ma date de naissance (jj/mm/aaaa)

J'autorise Manuvie ou ses représentants à communiquer avec des tiers au sujet de ma demande de règlement. Voici la liste de ces personnes ou organisations :

Les communications peuvent être verbales, écrites ou les deux.

Je comprends que cette autorisation est valide pour la durée de ma demande de règlement ou jusqu'au moment où je l'annule par écrit.

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Nom

Témoin

Signature

Signature

Signez ici

Où envoyer les renseignements

Par courriel : Affinity_DI_Claims@manulife.ca

Par télécopieur : 1 800 363-5123

Par la poste : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

P. O. Box 4213, STN A

Toronto (Ontario) M5W 5M3

Par service de messageries : Manuvie – Marchés des groupes à affinités

Règlements Invalidité

250 Bloor St. East, 2nd floor

Toronto (Ontario) M4W 1E6



Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. Communications simplifiées des Marchés des groupes à affinités – Couverture arrière de la brochure sur les demandes de prestations d'invalidité 11/19

