

Bonjour,

Vous trouverez en pièce jointe, le formulaire de demande d'indemnité salariale en français :

- 1) Comment déposer une demande d'indemnité salariale,
- 2) Formulaire de demande de dépôt direct – à compléter afin que vos prestations soient déposées directement dans votre compte en banque.
- 3) La déclaration du demandeur en français qui doit être complétée par le membre.
- 4) Le certificat du médecin (santé physique ou psychologique) qui doit être complété par un professionnel de la santé accrédité au cours de la période d'attente de 14 jours afin d'être admissible au versement des prestations devant commencer au 15^e jour de votre invalidité.
- 5) La déclaration de l'employeur **Remarque** – Les services aux employés feront parvenir à votre domicile le formulaire de demande comprenant l'information sur vos gains après le 15^e jour suivant le premier vol manqué. Vous pourrez ensuite faire parvenir le formulaire du demandeur et le certificat du médecin, moins le relevé d'emploi de l'employeur, à Manion, Wilkins and Associates une fois ces formulaires complétés. Votre demande complétée moins le relevé d'emploi de l'employeur sera conservée dans un dossier en attente jusqu'à Manion ait reçu d'Eservice le relevé des revenus d'emploi. Une fois toute l'information reçue, votre demande sera traitée en 5 jours ouvrables. Air Canada (Services aux employés) vous fera parvenir la portion employeur par courrier dès qu'elle sera complétée et au même moment, Eservice fera parvenir les informations sur vos revenus par télécopieur directement à Manion, Wilkins and Associates.

Si vous avez besoin d'autres informations, n'hésitez pas à faire appel à moi.

Merci, Stephen

1-877-411-3552 X258

s.morash@accomponent.ca

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE

La demande de prestations assurance salaire, y compris la déclaration de la personne assurée, la déclaration de l'employeur, et la déclaration du médecin traitant, doit être remplies aussitôt que vous savez que vous allez être en congé de maladie plus de 14 jours. Votre délai de carence commence avec la date du **premier vol manqué** ou le premier jour en réserve, si vous êtes en réserve à ce moment-là.

VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS REMPLIE DOIT ÊTRE REÇUE PENDANT LES 30 JOURS APRÈS LE FIN DE VOTRE DÉLAI DE CARENCE.

LA DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

- * Si la déclaration n'est pas encore remplie à la réception, demander à l'Employeur de la remplir aussitôt que possible.

LA DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

- * Envoyer la déclaration remplie directement au **MANION, WILKINS & ASSOCIATES LTD.** N'utiliser pas la boîte d'équipe et ne la laisser pas au bureau de SCFP à l'aéroport.
- * En cas d'accident, vous devez expliquer sur une feuille séparée les circonstances de l'accident (CSST, véhicule, à la maison, etc.)
- * Vous assurer que vous signiez et datiez l'Autorisation au bas de la page.

LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- * Vous devez visiter un médecin (M.D.) pendant le délai de carence de 14 jours pour avoir droit aux prestations à compter du quinzisième jour de votre invalidité.
- * Demander à votre médecin traitant de remplir **COMPLÈTEMENT** la déclaration du médecin. La plupart de délais de la demande est causé par évidence médicale incomplète. Veuillez vous assurer que le nom du médecin est lisible, et l'adresse et numéro de téléphone sont indiqués.
- * Demander à votre médecin d'indiquer clairement le diagnostic, les complications (s'il y en a), le traitement, les médicaments et toute date de visite.
- * Si votre médecin ne sait pas quand vous reprendrez le travail, une date approximative doit être fournie. Si on indique "indéterminée," ça vous causerez un délai de votre demande.
- * Si vous recevez un traitement de quelqu'un autre qu'un médecin licencié (M.D.), vous devez **AUSSI** être activement et continuellement soigné par un médecin licencié (M.D.).
- * Veuillez signer l'Autorisation. Si vous oubliez de la signer, votre demande devra être retournée à vous, causant un délai.

NE MODIFIER OU AJOUTER AUCUN INFORMATION SUR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN!

**POUR VOUS ASSURER DE LA CONFIDENTIALITÉ,
ENVOYER LA DÉCLARATION DU MÉDECIN DIRECTEMENT À
MANION, WILKINS & ASSOCIATES LTD.**

L'EMPLOYEUR N'A PAS BESOIN DE LA DÉCLARATION DU MÉDECIN!

Si votre invalidité a résulté de votre emploi ou si elle est survenue dans l'exercice de votre activité professionnelle, vous devez faire une demande d'indemnisation des accidents du travail (C.S.S.T. au Québec). En attendant, vous devez déposer une demande d'indemnités hebdomadaires en vertu du contrat. Toute demande d'indemnités hebdomadaires doit être soumise pendant les 30 jours après la fin de votre délai de carence, quand même vous avez aussi soumis une demande à la C.S.S.T. Si vous ne soumettez pas une demande d'indemnités hebdomadaires, vous n'auriez pas le droit aux ces prestations si votre demande à la C.S.S.T. est refusée ou terminée. Des indemnités hebdomadaires ne vous seront versées que pour une période maximale de 120 jours à compter de la date du début de l'invalidité alors que la décision est en suspens de la C.S.S.T. Veuillez contacter votre bureau régional pour plus d'information si vous faites une demande à la C.S.S.T.

Lorsque vous reprenez le travail, communiquer immédiatement avec MANION, WILKINS & ASSOCIATES, afin que votre demande puisse être mise au point.

Si vous voulez que vos prestations soient déposées directement à votre compte, veuillez soumettre un chèque "spécimen" avec votre demande.

Vous allez recevoir des formulaires supplémentaires périodiquement pendant votre période de congé de maladie. Dès réception des ceux-ci, veuillez les remplir et les retourner à l'Administrateur aussitôt que possible afin d'éviter un délai dans les versements de prestations. Il est votre responsabilité de fournir la preuve de votre invalidité. Vous devez soumettre la preuve d'invalidité **PENDANT LES 45 JOURS** après la commencement de l'invalidité. Si vous la soumettez après les 45 jours, votre demande ne sera pas traitée, à moins que vous ne donniez une raison suffisante par écrit pour laquelle vous avez tardé à faire votre demande.

Le demandeur est responsable de faire remplir tout formulaire et de payer les frais engagés en ce faisant. Bien que vous puissiez faxer vos documents comme notification d'une demande, on a besoin des originales avant que votre demande peut être traitée.

Veuillez noter: Vous devez aviser Manion, Wilkins & Associates avant que vous voyagiez pendant votre période de congé de maladie. Pour un voyage à l'étranger, vous devez soumettre une note médicale vous autorisant de voyager de votre médecin.

SI VOUS AVEZ DES QUÉSTIONS OU DES PROBLÈMES AU SUJET DE VOTRE DEMANDE OU LA SOUMISSION, N'HÉSITEZ PAS À COMMUNIQUER AVEC L'ADMINISTRATEUR, MANION, WILKINS & ASSOCIATES LTD.

L'ADMINISTRATEUR:

MANION, WILKINS & ASSOCIATES LTD.
626 – 21 FOUR SEASONS PLACE
ETOBICOKE, ON
M9B 0A6

Locale : 416- 234-3513
Sans frais : 1-800-663-7849
Fax :416-234-0127



VEUILLEZ POSTER LE
FORMULAIRE DUMENT REMPLI À :
Manion Wilkins & Associates Ltd.
500-21 Four Seasons Place
Etobicoke, ON M9B 0A5
c/o Administration

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT

Identification du membre du régime

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nom de famille	Prénom	Numéro d'identification/d'employé	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro de téléphone	Nom du régime ou numéro de groupe		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville, municipalité ou village	Province	Code postal

Avis par courriel: Veuillez compléter pour recevoir l'avis de paiement de prestations dentaires et médicales.
Sans adresse courriel, les avis pourront être examinés et imprimés en utilisant MWAOnline.

<input type="text"/>

Adresse courriel

Renseignements bancaires

Si c'est un COMPTE-CHÈQUES, veuillez annexer un chèque annulé à ce formulaire.

John Doe 123 Avenue Road Any City, Any Province Z9Z 1Z1	EXAMPLE	_____ 20 ____
Pay to the order of	<i>void</i>	\$ _____ Dollars
Memo	_____	_____
⑆12121-020⑆ 001234567890-⑆		

Si ce n'est pas un COMPTE-CHÈQUES, veuillez demander à votre institution bancaire d'annexer un document indiquant vos renseignements bancaires.

Attestation

Manion Wilkins tient à préserver la confidentialité des renseignements concernant les membres du régime, et s'engage à maintenir les normes les plus strictes pour ce qui concerne la confidentialité des renseignements. Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre politique sur la vie privée au <http://www.manionwilkins.com>.

Manion Wilkins ne peut être tenue responsable des courriels interceptés ou modifiés en cas de risques inhérents à l'envoi de courriels, et qui ne sont pas imputables à des erreurs du personnel de Manion Wilkins.

J'autorise Manion Wilkins à créditer le compte bancaire susmentionné. Je reconnais être responsable de la tenue à jour de mes coordonnées et de mes renseignements bancaires. En cas de modifications dans ces renseignements, j'en avertirai Manion Wilkins afin d'éviter les erreurs relatives au paiement pré-autorisé et aux avis.

<input type="text"/>

Signature du participant au régime

Date

Questions ? Appelez le 416- 234-3511 ou le 1 866-532-8999 ; courriel : info@manionwilkins.com

À l'usage du département d'administration seulement

<input type="text"/>

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Les renseignements de 1 à 4 doivent être reproduits dans la partie supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : **29 880** 4 Numéro d'assurance sociale : _____
n° de groupe n° d'employé
 5 Adresse complète : _____ Code postal : _____
 6 Téléphone résidence : () - Autre : () Poste : _____
 7 Sexe : F M 8 Date de naissance : _____

9 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____
 Si oui, précisez la nature des activités : _____
 10 L'invalidité est-elle attribuable à un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu. _____
 11 Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? non oui
 12 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
					oui	non
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.
 Aux strictes fins de la gestion de ma demande de prestations, j'autorise les personnes suivantes :

- les médecins et autres professionnels de la santé;
- les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques;
- le preneur, l'employeur;
- les autres compagnies d'assurance ou de réassurance;
- tout organisme public ou parapublic tels que RRQ ou RPC, CSST, SAAQ, CARRA, l'administrateur de l'assurance emploi;
- toute autre personne ou institution;

détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à les communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (ci-après désignée SSQ) ou son agent. Par la même occasion, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ ou son agent les renseignements demandés.
 De plus, j'autorise SSQ ou son agent à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.
 Les photocopies de la présente autorisation ont la même valeur que l'original.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

- Par la personne assurée
 - Déclaration de la personne assurée (1 à 14)
 - Section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- Par l'employeur
 - Déclaration de l'employeur
- Par le médecin traitant
 - Déclaration du médecin traitant

13 _____ 14 _____
 Signature Date

1 Nom : 2 Prénom :
 3 N° de contrat : **29 880** 4 Numéro d'assurance sociale :
 n° de groupe n° d'employé

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**1. DIAGNOSTIC**

- 1.1 Principal :
 1.2 Secondaire :
 1.3 Symptômes actuels :
 1.4 Degré de sévérité : léger moyen sévère avec éléments psychotiques
 1.5 Facteurs déclencheurs ou aggravants :
 1.6 Date de l'apparition des symptômes :
 1.7 Est-ce le premier épisode? non oui
 Si non, précisez la date du ou des épisodes antérieurs :

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) :
 2.2 Voit-il un psychothérapeute ou tout autre intervenant? non oui
 Si oui, nom de l'intervenant : Spécialité :
 2.3 a) Hospitalisation: du au Nom de l'hôpital :
 b) Séjour en observation : nombre d'heures :

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

- 3.2 Fréquence du suivi :
 3.3 Le patient a-t-il été référé pour un examen ou un traitement psychiatrique? non oui Nom du médecin :
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

- 4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du au inclus.
 4.2 Date prévue du retour au travail :

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : Prénom :
 5.2 Adresse :
 5.3 N° de licence : Téléphone : () -
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez :

Signature

Date:

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : **29 880** n° de groupe n° d'employé 4 Numéro d'assurance sociale : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. DIAGNOSTIC

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 L'invalidité est-elle reliée à :
 a) un accident? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) un accident de travail? non oui → rechute récurrence Date : _____
 c) un accident d'automobile? non oui → rechute récurrence Date : _____
 d) une grossesse? non oui Date prévue d'accouchement : _____

2. TRAITEMENT

2.1 Médication (nom - posologie - date de prescription) : _____
 2.2 Prévoyez-vous :
 a) des examens? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 b) une chirurgie? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 c) d'autres traitements? non oui → Précisez : _____ Date : _____
 2.3 Type d'intervention subie :
 a) chirurgie d'un jour : _____ autre chirurgie : _____
 b) hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 c) séjour en observation : nombre d'heures : _____

3. SUIVI

3.1 S'il vous plaît, veuillez indiquer la date de chacune des visites pour cette invalidité :

Année	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

 3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Référence à un autre médecin? non oui Nom du médecin : _____ Spécialité : _____
 S'il vous plaît, joindre une copie de vos notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation en votre possession.

4. PRONOSTIC

4.1 Considérez-vous votre patient totalement incapable d'exercer son emploi actuel? non
 oui → du _____ au _____ inclus.
 4.2 Date prévue du retour au travail : _____

5. IDENTITÉ DU MÉDECIN

5.1 Nom : _____ Prénom : _____
 5.2 Adresse : _____
 5.3 N° de licence : _____ Téléphone : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste → Précisez : _____
 Signature _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1 N° de contrat: **29 880**
n° de groupe n° d'employé

2 Nom de l'employé :

3 Prénom de l'employé :

4 Base:

5 Date d'embauche :

6 Salaire brut des trois derniers mois au moment de la mise en disponibilité :

1. \$
2. \$
3. \$

Si la garantie de revenu minimal mensuel est fournie, veuillez indiquer le salaire réel et la raison pour laquelle ce salaire est inférieur.

Taux horaire : \$ / heure

7 Exemptions fiscales personnelles : fédérales TD1 \$ provinciales TP1015.3 \$

8 Dernier jour de travail :

9 Premier vol manqué :

10 L'employé est-il de retour au travail? non oui → Date :

11 L'invalidité est-elle attribuable à un accident de travail? à une maladie professionnelle?

12 Est-ce que l'invalidité ou le retour de l'employé coïncide avec l'un des événements suivants :

un congédiement? non oui → Date :

une mise à pied? non oui → du au Date de l'avis :

une abolition de poste? non oui → Date :

un congé sans solde? non oui → du au

13 autre, précisez : du au

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

14

Signature de la personne autorisée

Fonction

15 Date :