

## COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE

La demande de prestations d'assurance salaire, incluant la déclaration du demandeur et la la déclaration de l'employeur et le questionnaire du médecin devraient être remplies dès que vous savez que vous serez absent du travail pendant plus de 7 jours. Votre délai de carence de 7 jours commence à la date de votre premier vol manqué ou du premier jour en réserve manqué, le cas échéant.

**VOTRE DEMANDE, DÛMENT REMPLIE, DOIT ÊTRE REÇUE DANS LES 30 JOURS SUIVANT LE PREMIER VOL MANQUÉ OU DU PREMIER JOUR EN RÉSERVE MANQUÉ, LE CAS ÉCHÉANT.**

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Air Canada enverra la déclaration de l'employeur directement à MANION après l'expiration de votre délai de carence.

### DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez retourner la déclaration du demandeur dûment remplie directement à Manion, par poste, télécopieur ou courriel. Veillez ne pas utiliser la boîte de l'équipage et ne laissez pas au bureau de l'aéroport.

En cas d'accident, assurez-vous d'expliquer sur une feuille séparée les circonstances (accident du travail, véhicule motorisé, résidence).

**Assurez-vous de signer et de dater l'autorisation au bas de la page.**

### QUESTIONNAIRE DU MÉDECIN

Veillez noter que les professionnels de la santé suivants auprès desquelles vous demandez un traitement peuvent signer le questionnaire du médecin :

- MD (médecin traditionnel / médecin de famille)
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Ophtalmologiste

Les professionnels de la santé suivants utilisés comme premier point de contact pour le traitement médical peuvent signer le questionnaire du médecin, pour les incapacités d'une durée de 14 jours ou moins. Vous devez consulter un médecin après 14 jours pour le maintien de la couverture.

- Dentiste
- Sages-femmes
- Chiropraticien

Vous devez consulter un professionnel de la santé dans les 14 premier jours de la date de votre premier vol manqué ou du premier jour en réserve manqué, le cas échéant, afin d'être admissible aux prestations à compter du 8e jour de votre invalidité.

Demandez à votre professionnel de la santé traitant de remplir **AU COMPLET** la questionnaire du médecin. La plupart des délais de règlement sont attribuables à des preuves médicales incomplètes. Veillez-vous assurer que le nom du professionnel de la santé est lisible et que l'adresse et le numéro de téléphone sont complets.

Demandez à votre professionnel de la santé d'indiquer clairement le diagnostic, les complications (s'il y a lieu), les traitements, les médicaments, toutes les dates de consultation et joindre une copie des notes médicales et de tout résultat d'examen ou rapport de consultation.

Si votre professionnel de la santé ne sait pas quand vous pourrez retourner au travail, une date approximative devrait être indiquée. Le fait d'indiquer « indéfinie », retardera l'étude de votre demande de règlement.

Si vous recevez un traitement d'un médecin praticien qui n'est pas médecin diplômé (M.D.), vous devez **ÉGALEMENT** être sous les soins réguliers et continus d'un médecin diplômé (M.D.) si l'invalidité dure plus de 14 jours.

Veillez signer la demande d'autorisation. Si vous ne signez pas cette déclaration d'autorisation, votre demande de règlement vous sera retournée, ce qui entraînera un délai.

**NE MODIFIEZ PAS LA DÉCLARATION DU QUESTIONNAIRE DU MÉDECIN ET N'Y AJOUTEZ PAS DES RENSEIGNEMENTS.**

**POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ, VEUILLEZ ENVOYER LA DÉCLARATION DU QUESTIONNAIRE DU MÉDECIN DIRECTEMENT À MANION.**

**L'EMPLOYEUR N'EXIGE PAS UNE COPIE DE LA DÉCLARATION DU QUESTIONNAIRE DU MÉDECIN.**

Si votre invalidité résulte de votre emploi ou survient dans le cadre de votre emploi, vous DEVEZ faire une demande d'indemnité pour accident du travail (CNESST au Québec). Cependant, dans l'intervalle, vous devez également faire une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire (PIH). Toutes les réclamations de PIH doivent être soumises dans les 30 jours suivant votre premier vol manqué ou votre premier jour en réserve manqué, le cas échéant, que vous ayez également ou non déposé une demande d'indemnité pour accident du travail. Si vous ne faites pas de demande de PIH, cela risque de mettre en péril votre admissibilité à ces indemnités si votre demande d'indemnité pour accident de travail (CNESST au Québec) est refusée ou si elle prend fin. Lorsque vous êtes dans l'attente d'une décision de l'organisme versant l'indemnité pour accident de travail, les prestations de PIH seront considérées pour une période maximale de 120 jours à compter de la date d'invalidité. Veuillez communiquer avec votre bureau local pour de plus amples renseignements si vous faites une demande de prestations pour accident de travail. Remarque : La déclaration du médecin de votre demande d'indemnisation des accidentés du travail peut être utilisée à la place du questionnaire du médecin que Manion vous a envoyé avec votre demande de WIP.

**Lorsque vous êtes retourné au travail, veuillez informer immédiatement MANION, afin que votre PIH puisse être finalisée.**

**Vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire, par conséquent, veuillez soumettre la demande de dépôt direct avec un chèque annulé lorsque vous soumettez votre demande.**

Pendant que vous recevez des prestations d'indemnités hebdomadaires, nous vous enverrons de temps à autre des formulaires médicaux supplémentaires. Dès réception, veuillez les faire remplir et les retourner à MANION dès que possible, afin d'éviter que les paiements ne soient retardés. Il est de votre responsabilité de fournir une preuve d'invalidité.

Le demandeur est responsable de faire remplir tous les formulaires ainsi que de tous les frais encourus pour les faire remplir.

Vous pouvez soumettre votre demande à Manion en envoyant vos documents:

par la poste;      MANION  
                            500-21 Four Seasons Place  
                            Toronto, ON M9B 0A5  
par télécopieur; 416-234-0127/1-855-665-7764,  
ou par courriel;  acclaims@manionwilkins.com

**POUR TOUTES QUESTIONS AU SUJET DE VOTRE DEMANDE DE PRESTATIONS OU DE SA SOUMISSION, N'HÉSITEZ PAS À COMMUNIQUER AVEC MANION.**

Veillez prendre note que vous devez aviser MANION avant de voyager à tout moment pendant votre demande de prestations d'indemnité hebdomadaire. Les déplacements à l'extérieur du pays exigent une autorisation écrite de votre médecin et l'approbation de MANION.

#### **DEMANDE DE PRESTATIONS – DELAIS**

Votre demande sera traitée dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la déclaration de l'employé, de l'employeur et questionnaire du médecin. Veuillez donc faire un suivi auprès de votre employeur et votre professionnel de la santé pour vous assurer que les formulaires sont remplis dans les délais prescrit et éviter un délai en raison d'une demande tardive.

Il est de votre responsabilité de soumettre des preuves d'invalidité dans:

- 30 jours de votre premier vol manqué ou de votre premier vol en réserve manqué, le cas échéant;
- 30 jours suivant la fin du versement des prestations d'invalidité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi du Canada afin de réactiver votre demande de prestations en vertu du régime d'assurance salaire, et;
- 30 jours suivant une récurrence d'une invalidité.

Si vous ne respectez pas ces délais, vous n'aurez pas le droit de recevoir des prestations pour toute période antérieure à la date à laquelle Manion reçoit tous les documents requis, sauf si vous pouvez fournir, **par écrit, les raisons justifiant** un tel retard.

Dans tous les cas, et en toutes circonstances, pour qu'une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire soit approuvée, tous les documents requis doivent être soumis à MANION au plus tard 12 mois suivant la fin du délai de carence.

## 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 | n° de groupe | n° d'employé | ④ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

⑤ Adresse complète : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

⑥ Téléphone résidence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Autre : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Poste : \_\_\_\_\_

⑦ Sexe : F  M  ⑧ Date de naissance : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

⑨ Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non  oui  → Date de début : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_  
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 : _____ A _____ M _____ J _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'indemnisation des travailleurs selon votre province	<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"/>
<b>RÉGIME</b>						
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.**

J'autorise par la présente tout médecin, tout autre professionnel de la santé et toute partie participante dans les secteurs des soins de santé et de la réhabilitation, ainsi que tout établissement de santé ou services sociaux public ou privé, toute société d'assurance, ainsi que tout assureur, tout établissement public ou privé, tout agent d'information, tout intermédiaire du marché, tout employeur ou ex-employeur, le titulaire de police ainsi que toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements personnels, en particulier des renseignements médicaux, à fournir à SSQ Société d'assurance-vie inc. (ci-après appelée SSQ) ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs tiers, tous les renseignements qu'il ou elle possède, aux fins suivantes : enquêter et confirmer l'exactitude de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande de règlement, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail, et administrer le régime d'avantages sociaux collectifs et la couverture.

J'autorise aussi SSQ à divulguer ces renseignements aux personnes indiquées ci-dessus, le cas échéant, dans le cadre de leurs activités et le traitement de mon dossier.

J'autorise aussi SSQ et les consultants médicaux de mon détenteur de police collective à recueillir, à utiliser et à divulguer entre eux les renseignements me concernant, y compris les détails liés au diagnostic, au traitement ou à la médication, qui sont pertinents à ma demande de règlement, dans le but de planifier et de gérer ma réhabilitation et mon retour au travail.

En cas de décès, j'autorise officiellement le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, les successeurs ou les ayants droit, à fournir à SSQ ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs, le cas échéant, toutes les informations ou autorisations qui rendent possible le traitement de mon dossier.

Cette autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.

## 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 \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ ⑭ \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.**

## Renseignements sur la personne assurée et consentement

**À REMPLIR PAR LE PATIENT**

Homme  Femme Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_ Cellulaire (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Adresse : Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro du contrat \_\_\_\_\_ Numéro du certificat de la personne assurée \_\_\_\_\_

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date réelle ou prévue du retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

## Déclaration du médecin traitant

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

**ARRÊT**

- Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

### 1) Diagnostic

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire ou complications : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

- à la vie conjugale/familiale  à des problèmes personnels ou interpersonnels  
 à des problèmes professionnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement | A | A | A | A | M | M | J | J | Voie vaginale  Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail?  Oui  Non Accident de la route?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J | Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition : | A | A | A | A | M | M | J | J |

### 2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?  ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

| A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_  
 Date d'admission Date de sortie Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

| A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_  
 Date Description

### 3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :



**Les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à la charge du patient.**

**Partie A – Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement À REMPLIR PAR LE PATIENT**

Homme  Femme Nom du participant/salarié : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom

Téléphone (avec indicatif régional) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J

Adresse \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro du contrat \_\_\_\_\_ Numéro du certificat du participant \_\_\_\_\_

**Dernier jour de travail** \_\_\_\_\_ **Date réelle du retour au travail, ou date prévue au travail du retour si elle est connue** \_\_\_\_\_ **Indiquez vos :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J A A A A M M J J Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente la communication à SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire

\_\_\_\_\_ Signature du participant/salarié \_\_\_\_\_ Date du consentement \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J

**Partie B – Questionnaire du médecin traitant À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

Je suis : le médecin traitant  un spécialiste-conseil  autre  (préciser) : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.**

**1) Diagnostic**

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Le trouble est-il lié : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail?  à un accident de la route?

Dans l'affirmative, indiquez la date : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J

Précisions : \_\_\_\_\_

Date de votre première consultation avec le patient relativement à ce trouble \_\_\_\_\_ Date du premier jour d'absence du travail en raison de ce trouble \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J A A A A M M J J

Le patient a-t-il déjà été traité pour le même trouble ou pour un trouble semblable?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la date : \_\_\_\_\_ Indiquez par qui : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J

Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité relativement à ce patient?  Oui  Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) \_\_\_\_\_

## 2) Symptômes, tels que décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité) : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 3) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet du trouble sur les points suivants :

	Sans effet	Léger	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/Vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 4) Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- Difficultés au travail       Difficultés sociales/familiales       Difficultés d'ordre financier/juridique  
 Affection physique       Alcoolisme/Toxicomanie       Effets secondaires d'un ou de médicaments  
 Perception de la douleur       Difficultés d'adaptation       Personnalité/Manque de motivation       Autres

Veillez préciser :

---

---

---

---

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

---

---

---

---

---

---

## 5) Examens

Veuillez joindre au présent questionnaire une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations?  Oui  Non Date prévue du rapport | A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes?  Oui  Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date du rendez-vous
1. _____	_____	A   A   A   A   M   M   J   J
2. _____	_____	A   A   A   A   M   M   J   J

Motif de la demande de consultation : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de ce trouble?  Oui  Non  Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de permis : \_\_\_\_\_

## 6) Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise	Posologie et date dans le dernier cas	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	

## 7) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non

Une hospitalisation est-elle prévue?  Oui  Non

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

## 8) Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie/alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	



**9) Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)**

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	

**10) Réponse globale au traitement**

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?  Réponse complète  Réponse partielle  
 Aucune réponse  Trop tôt pour se prononcer

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel?  Oui  Non

Dans l'affirmative, préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**11) Pronostic et rétablissement**

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Avis au médecin**

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Date de signature: A | A | A | A | M | M | J | J  
 (en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_ Télécopieur (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Signature ou tampon : \_\_\_\_\_

### Identification du membre du régime

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Numéro d'employé
<input type="text"/>	Air Canada Component of CUPE WIP, Policy 29880	
Numéro de téléphone	Nom du régime ou numéro de groupe	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville, municipalité ou village	Province
		Code Postal

**Courriel:** Remplissez pour recevoir notification par courriel des paiements émis.

Adresse courriel

### Renseignements bancaires

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

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

**EXAMPLE**

John Doe  
123 Avenue Road  
Any City, Any Province  
Z9Z 1Z1

Pay to the order of void \$ 20 /100 Dollars

Memo \_\_\_\_\_

Ⓜ12121 Ⓜ020 Ⓜ 001234567890 Ⓜ\*

### Attestation

Manion Wilkins tient à préserver la confidentialité des renseignements concernant les membres de 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 préautorisé et aux avis.

Signature du participant au régime

Date

**Questions?** Appelez: 416-234-3513 ou 1-800-663-7849; courriel : [acclaims@manionwilkins.com](mailto:acclaims@manionwilkins.com)

# DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

## AUTORISATION ET DIRECTIVE

DEST. : Manion, Wilkins & Associates Ltd. («MWA»)  
500 – 21 Four Seasons Place  
Toronto, ON  
M9B 0A5

Je, \_\_\_\_\_ (en lettres moulées), identifié par mon numéro matricule : \_\_\_\_\_, ma date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (JJ/MM/AA) et mon adresse à domicile : \_\_\_\_\_ (adresse civique), \_\_\_\_\_ (ville), \_\_\_\_\_ (code postal), suis un participant du Régime d'assurance-salaire de la Composante d'Air Canada du SCFP.

Aux fins de ce formulaire, les tiers comprennent exclusivement :

- Votre conjoint ou un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs ou enfant adultes).  
Si vous souhaitez autoriser une telle personne, veuillez imprimer clairement son nom et sa relation avec vous dans l'espace ci-dessous.
- Patricia Eberley, le représentant syndical du régime d'assurance-salaire.

A ma demande, j'autorise MWA de donner une copie de mon dossier concernant ma demande de prestations du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à la tierce partie.

Je conviens d'aviser MWA par écrit si je désire permettre et ordonner à MWA de communiquer seulement des renseignements précis à des personnes précises.

Les renseignements seront communiqués conformément aux lois en vigueur et aux documents du régime.

### **LA PRÉSENTE VOUS AUTORISE À AGIR AINSI.**

Par ma signature ci-dessous, je dégage les fiduciaires, les caisses en fiducie et Manion, Wilkins & Associates Ltd. de toute responsabilité pouvant découler de la communication des renseignements personnels.

Je comprends que la présente autorisation de divulguer des renseignements reste en vigueur jusqu'à ce que j'informe Manion, Wilkins & Associates Ltd. du contraire par écrit ou en personne. Il m'incombe de veiller à ce que cette autorisation soit à jour et reflète mes volontés.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

## DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

# INSTRUCTIONS

Afin de protéger votre vie privée, nous ne pouvons communiquer vos renseignements personnels utilisés dans l'administration de vos prestations ou en discuter avec d'autres personnes que vous – pas même votre conjoint – sans demande et autorisation précises de votre part. Le formulaire de divulgation des renseignements personnels vous permet d'autoriser l'administrateur du régime à communiquer vos renseignements personnels entourant les prestations administrées en votre nom ou à en discuter avec certains tiers (définis ci-dessous).

Les tiers comprennent :

- Votre conjoint ou un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs ou enfants adultes).
- Patricia Eberley, votre représentante syndicale du régime d'assurance-salaire.

Si vous désirez que l'administrateur du régime communique vos renseignements personnels ou en discute avec un tiers (selon la définition ci-dessus), veuillez remplir le formulaire, le signer et le renvoyer à l'administrateur du régime.

Si vous désirez qu'une personne qui n'est pas identifiée comme un tiers obtienne des renseignements en votre nom, ou que vous ne désirez pas que vos renseignements soient communiqués à un tiers en particulier, veuillez nous en faire part par écrit.

Cette autorisation entre en vigueur à la date où l'administrateur reçoit l'information et le demeure jusqu'à ce que vous désiriez modifier votre désignation. Vous pouvez modifier votre désignation n'importe quand en avisant l'administrateur du régime par écrit.

Si vous avez des questions ou désirez obtenir des renseignements précis, appelez directement l'administrateur du régime au (416) 798-3399 x 258 ou sans frais au 1 877-411-3552 x 258