

Déclaration du participant

Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :

- **Assurance-vie de base et facultative**
- **Décès et mutilation accidentels**
- **Rente de survie**

Un formulaire incomplet peut retarder l'étude de votre demande de règlement.

Voir les directives à la page 2.

Étude de la demande

Pour déterminer si vous avez droit à l'exonération de prime, nous vous demandons, ainsi qu'au promoteur de votre régime et à vos médecins, de fournir des renseignements.

Nous vous demandons de fournir des renseignements sur les tâches professionnelles que vous êtes capable et incapable d'accomplir.

Nous demandons au promoteur de votre régime de nous décrire les exigences de votre emploi.

Nous demandons à vos médecins de nous fournir des renseignements sur vos restrictions et limitations.

Les honoraires demandés par votre médecin pour remplir la Déclaration du médecin traitant et photocopier des documents en dossier sont à votre charge.

Nous procéderons à l'étude de tous les renseignements susmentionnés pour déterminer si vous avez droit à des prestations. Pour ce faire, nous devons recevoir tous les renseignements. Dans certains cas, il peut être nécessaire de recueillir des renseignements complémentaires avant de prendre une décision. Le cas échéant, nous vous en informerons.

Directives relatives au formulaire

Veillez remplir toutes les sections du présent formulaire, le signer, le dater et le retourner à l'administrateur de votre régime qui le fera parvenir à la Financière Manuvie. Si vous le désirez, vous pouvez envoyer le formulaire directement à la Financière Manuvie, Règlements Vie – Exonération de prime, Collective, à l'adresse figurant ci-dessous.

Autorisation à l'intention du médecin traitant

Veillez remplir, signer et dater la section « Autorisation du patient » à la page 3 de la Déclaration du médecin traitant avant de remettre celle-ci à votre médecin.

Notre façon de procéder

La Financière Manuvie vise un retour au travail rapide et efficace dès que l'état de santé du participant le permet. Si votre demande d'exonération de prime est acceptée, nous étudierons votre cas et un représentant de la Financière Manuvie communiquera avec vous pour revoir votre situation.

Des questions?

L'administrateur de votre régime est la personne la mieux placée pour répondre à toute question sur votre demande d'exonération de prime ou sur la marche à suivre pour présenter une demande.

Déclaration du participant

Demande de prestations d'invalidité

Vous pouvez utiliser des pages distinctes si le présent formulaire ne prévoit pas suffisamment d'espace.

1 Renseignements sur le participant

Le numéro de votre contrat, le numéro du compte ou de la division, et le numéro de votre certificat figurent sur votre carte d'identification.

Contrat n°	Compte/Division n°	Certificat n°	Numéro d'assurance sociale	
Promoteur de régime		Titre du poste		
Nom et prénom		<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Code postal	
N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()	Nombre et âge des personnes à charge		
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse susmentionnée)				

2 Renseignements sur le travail

a) Quel est le dernier jour de travail?

(jj/mmmm/aaaa)

b) Avant de cesser de travailler, exerciez-vous vos tâches habituelles ou celles-ci avaient-elle été modifiées?

Oui Non *Si oui, en quoi avaient-elles été modifiées?*

c) Si vos tâches avaient été modifiées, pourquoi étiez-vous incapable de continuer à travailler?

d) Pendant combien de temps avez-vous exécuté des tâches modifiées?

e) Depuis le début de votre absence au travail

Avez-vous tenté de travailler?	Dates (jj/mmmm/aaaa) (Du - au)	Description
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

3 Renseignements sur les autres activités

a) Depuis le début de votre absence au travail

Êtes-vous retourné à l'école ou avez-vous suivi un programme de recyclage?
 Oui Non

Dates (jj/mmmm/aaaa)

Description

Avez-vous fait du bénévolat?
 Oui Non

Dates (jj/mmmm/aaaa)

Description

b) Ces activités étaient-elles rémunérées?

Oui Non

4 Renseignements sur la blessure

a) Votre absence est-elle attribuable à une blessure?

Oui Non

Si non, passez à la section 6 (Renseignements – Maladie récidivante).

b) Quel genre de blessure?

Accident d'automobile Accident de travail Autre

c) Décrivez comment et quand la blessure est survenue.

Date de la blessure (jj/mmmm/aaaa)

Heure

a.m.

p.m.

d) Des poursuites judiciaires ont-elles été intentées?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'avocat.

Nom de l'avocat

Adresse de l'avocat

Numéro de téléphone

e) La police a-t-elle enquêté sur l'événement?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir copie du rapport de police.

5 Renseignements sur l'accident d'automobile

a) Si votre absence est liée à un accident d'automobile, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom de votre assureur

Nom et numéro de téléphone de votre expert en assurance

Numéro de votre police d'assurance ou de votre demande de règlement

6 Renseignements – Maladie récidivante

a) Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer à quelle date et fournir des précisions. Si non, passez à la Section 7 (Renseignements médicaux).

b) Avez-vous été absent du travail en raison de cette maladie?

Oui Non

Si oui, à quelle date?

Du (jj/mmmm/aaaa)

Au (jj/mmmm/aaaa)

7 Renseignements médicaux

a) Veuillez fournir les renseignements suivants sur le médecin de famille qui possède vos DOSSIERS MÉDICAUX.

Nom et prénom du médecin		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	Numéro de téléphone ()	Type de praticien	

b) Veuillez fournir les renseignements suivants sur TOUT AUTRE SPÉCIALISTE OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ que vous avez consulté ou prévoyez consulter pour la présente affection (chiropraticien, physiothérapeute, psychologue, etc.).

Nom et prénom du médecin		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	Numéro de téléphone ()	Type de praticien	

Nom et prénom du médecin		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	Numéro de téléphone ()	Type de praticien	

Nom et prénom du médecin		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	Numéro de téléphone ()	Type de praticien	

Nom et prénom du médecin		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)	Bureau	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	Numéro de téléphone ()	Type de praticien	

8 Renseignements sur les revenus et les prestations

- a) Avez-vous touché ou touchez-vous des revenus ou des prestations figurant dans le tableau ci-contre? **Le cas échéant, veuillez fournir copie des relevés de paie, ou des lettres d'acceptation ou de refus.**

TYPE DE PRESTATION	DATE DE LA DEMANDE (jj/mmmm/aaaa)	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	SITUATION (Cochez toutes les cases appropriées)			
			DEMANDE ACCEPTÉE	DEMANDE REFUSÉE	DOSSIER FERMÉ	EN APPEL DE LA DÉCISION
RRQ			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RPC/ Sécurité sociale			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indemnité pour accident du travail*			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régime d'association			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurance automobile			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régime d'invalidité de courte durée			<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 – Employeur			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurance invalidité des créanciers			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emploi			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre assurance collective (p.ex. ILD)**			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Toutes prestations versées, en cas de maladie ou de blessure liée au travail, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou toute autre commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail.

** Si la garantie ILD est souscrite auprès d'un autre assureur, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Nom de l'assureur

Nom de l'agent d'indemnisation

N° de téléphone

()

Contrat ILD n°

9 Sommaire de l'éducation, de la formation et de l'expérience

Si possible, veuillez joindre une copie récente de votre curriculum vitae. Sinon, veuillez fournir les renseignements suivants.

a) Éducation

ÉTABLISSEMENT	ENDROIT	NIVEAU ATTEINT	ANNÉE	DOMAINES D'ÉTUDE
École élémentaire				
École secondaire				
Collège ou université				
Autre (Veuillez indiquer les cours de perfectionnement, la formation reçue en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.)				

b) Expérience de travail

Indiquez tous les emplois que vous avez occupés au cours des 15 dernières années en commençant par le plus récent. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser d'autres feuilles.

DURÉE DE L'EMPLOI		EMPLOYEUR	EMPLOI ET TÂCHES
DE	À		

c) **Compétences acquises**

On entend notamment par compétences, outre celles déjà mentionnées dans la section Éducation, la dactylographie, le maniement d'équipement, la supervision, les permis ou les titres spéciaux, etc. S'il y a lieu, indiquez le niveau, la vitesse ou le degré de compétence.

10 Renseignements sur le permis de conduire

a) Avez-vous besoin d'un permis ou d'un titre professionnel pour occuper votre emploi? Veuillez fournir des précisions.

b) Déterminez-vous un permis de conduire valide?

Oui Non

Catégorie

Restrictions

11 Autres intérêts

Passe-temps et intérêts, y compris tout travail bénévole

12 Évaluation de la capacité de travailler

Cette section nous permet de recueillir des renseignements sur vos tâches et sur votre capacité ou votre incapacité de les accomplir. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous pouvez exercer chaque activité inhérente à votre emploi. Si vous avez coché « INCAPABLE DE LE FAIRE », veuillez fournir la principale raison de votre incapacité.

ACTIVITÉS PHYSIQUES

Activité	S.O.	RAREMENT (< 1 heure)	PEU SOUVENT (1 - 2 heures)	À L'OCCASION (2 - 4 heures)	SOUVENT (4 - 6 heures)	CONSTAMMENT (> 6 heures)	INCAPABLE DE LE FAIRE (Veuillez fournir des précisions)
S'asseoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tenir debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grimper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'agenouiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se pencher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'accroupir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ramper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pousser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tirer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulation délicate; doigts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simple préhension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulation délicate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulation délicate; mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mouvements corporels répétitifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendre les bras au-dessus des épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendre les bras au niveau des épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendre les bras au-dessous des épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendre les bras d'un côté à l'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendre les bras de haut en bas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soulever/Transporter	S.O.	De 0 à 10 lb	De 11 à 20 lb	De 21 à 50 lb	Plus de 50 lb	FRÉQUENCE		
Soulever du plancher à la taille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
Soulever de la taille aux épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
Soulever au-dessus des épaules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
Transporter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment

PHYSIQUE	Pouvez-vous travailler dans les conditions suivantes?	Oui	Non	Si non, veuillez fournir des précisions.
	Exposition à des changements marqués de température et d'humidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Travail à proximité de machines en mouvement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Travail en hauteur sans protection en cas de chute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Exposition à la poussière, à des émanations et à des gaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Conduite de matériel automobile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Cette section nous permet de recueillir des renseignements sur vos tâches et sur votre capacité ou votre incapacité de les accomplir. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous pouvez exercer chaque activité inhérente à votre emploi. Si vous avez coché « INCAPABLE DE LE FAIRE », veuillez fournir la principale raison de votre incapacité.

ACTIVITÉS MENTALES	A. Compréhension et mémoire	S.O.	RAREMENT	PEU SOUVENT	À L'OCCASION	SOUVENT	CONSTAM - MENT	INCAPABLE DE LE FAIRE (Veuillez fournir des précisions)
	Se rappeler des lieux et des méthodes de travail courantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Comprendre et retenir des instructions simples et brèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Comprendre et retenir des instructions détaillées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	B. Maintien de la concentration et persévérance	S.O.	RAREMENT	PEU SOUVENT	À L'OCCASION	SOUVENT	CONSTAM - MENT	INCAPABLE DE LE FAIRE (Veuillez fournir des précisions)
	Exécuter des instructions simples et brèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Exécuter des instructions détaillées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Maintenir son attention et sa concentration pendant de longues périodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Exercer des activités conformément à un horaire établi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Occuper un emploi du temps ordinaire sans supervision spéciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prendre des décisions simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Résoudre des problèmes simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Résoudre des problèmes complexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	C. Interaction sociale	S.O.	RAREMENT	PEU SOUVENT	À L'OCCASION	SOUVENT	CONSTAM - MENT	INCAPABLE DE LE FAIRE (Veuillez fournir des précisions)
	Traiter avec le public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poser des questions ou demander de l'aide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Accepter les directives et les commentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
S'entendre avec les autres sans les distraire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
S'entendre avec les autres sans être distrait par eux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D. Adaptation	S.O.	RAREMENT	PEU SOUVENT	À L'OCCASION	SOUVENT	CONSTAM - MENT	INCAPABLE DE LE FAIRE (Veuillez fournir des précisions)	
Réagir à de fréquents changements de milieu ou de tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Être conscient des risques habituels et prendre les précautions appropriées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Voyager dans des endroits peu familiers ou utiliser le transport en commun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Établir des objectifs réalistes ou faire des plans sans la participation d'autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Jongler avec les tâches et en établir la priorité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
E. Responsabilité et fiabilité						Oui	Non	
Votre travail est-il exempt de toute pression par rapport aux échéances?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Subissez-vous parfois à votre travail des pressions en vue de respecter les échéances?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Subissez-vous périodiquement à votre travail des pressions en vue de respecter les échéances?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Subissez-vous à votre travail des pressions importantes en vue de respecter les échéances?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

13 Autres renseignements

Veillez fournir tout autre renseignement qui, d'après vous, devrait être pris en considération pendant l'étude de la demande.

14 Quand communiquer avec la Financière Manuvie

COMMUNIQUEZ SANS DÉLAI AVEC LA FINANCIÈRE MANUVIE DANS LES CAS SUIVANTS.

Je reconnais devoir communiquer immédiatement avec la Financière Manuvie si

- a) mon état de santé s'améliore, même si je ne suis pas encore retourné au travail;
- b) je commence à travailler en tant que salarié ou en tant que travailleur indépendant;
- c) je présente une demande de prestations en vertu d'une loi ou d'un régime d'indemnisation des accidents du travail, défini à la section 8;
- d) je présente une demande de prestations au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- e) je reçois des prestations ou un revenu de toute autre source;
- f) je sors de l'hôpital si je suis actuellement hospitalisé;
- g) je reçois des prestations ou un revenu liés à mon invalidité;
- h) je quitte le pays.

Signature du participant

15 Cession, attestation et autorisation

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets.

Je reconnais que la Financière Manuvie peut procéder à des investigations pour vérifier la présente demande. J'autorise toute personne physique ou morale – ex. : employeur, médecin, praticien, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement de soins de santé ou connexes, compagnie d'assurance, Bureau de renseignements médicaux, commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail, administrateur du régime – à divulguer et à échanger des renseignements médicaux ou des renseignements relatifs au paiement de prestations ou tout autre renseignement ou dossier demandé par la Financière Manuvie en vue d'effectuer le traitement ou la gestion de ma demande de règlement.

Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du participant

Signé le (jj/mmmm/aaaa)

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés et les représentants de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact.