POSTES CANADA : CONGÉ POUR PERSONNE À RISQUE ÉLEVÉ

DIRECTIVES

1. Les parties 1 et 3 doivent être remplies par l'employé.
2. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
3. Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel (CPRE@canadavie.com), par télécopieur (1 844 569-3136) ou par la poste (CP 896, Succursale Main, Winnipeg MB R3C 2T2).

Partie 1 : Identification du participant de régime

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____ Nom : _____

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non spécifié ☐ Autre

Date de naissance : _____ Numéro d'identification chez Postes Canada : _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Province/territoire : _____ Code postal : _____

Téléphone résidentiel : _____ ☐ Confidentiel

Téléphone cellulaire : _____ ☐ Confidentiel

Adresse courriel : _____

Cochez la case « Confidentiel » pour nous autoriser à vous laisser un message contenant des renseignements personnels à propos de votre demande de règlement à ce numéro. Sinon, nous n'y laisserons qu'un message général avec l'information nécessaire pour nous rappeler.

Si vous désirez que la Canada Vie communique avec vous par courriel au sujet de votre demande de règlement pour invalidité, veuillez nous fournir votre adresse courriel.

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant (à remplir par le médecin ou le fournisseur de traitement)

IL INCOMBE AU PATIENT D'ACQUITTER TOUS LES FRAIS EXIGÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE.

1. À la date où vous remplissez le présent formulaire, est-ce que votre patient est atteint d'un problème de santé sous-jacent qui, selon l'Agence de la santé publique du Canada, pourrait occasionner de graves complications en cas de COVID-19? ☐ Oui ☐ Non

2. Est-ce que vous recommandez à votre patient de s'isoler à la maison pour des raisons médicales? ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, indiquez la durée recommandée de l'isolement et les raisons pour lesquelles vous faites cette recommandation?

   Debut _____ (mm/jj/aaaa) Fin _____ (mm/jj/aaaa).

   Commentaires :

   _____

   _____

   Dans la négative, est-ce qu'il y a d'autres raisons pour lesquelles l'employé ne peut pas continuer à occuper son emploi chez Postes Canada?

   Commentaires :

   _____

   _____

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente soient communiqués tels quels.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____

Adresse courriel : _____ Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Adresse (numéro municipal, rue, ville, province et code postal) : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Partie 3: Consentement et autorisation à l'égard du congé pour personne à risque élevé

Le consentement et l'autorisation donnés dans les présentes s'applique à votre demande de congé pour personne à risque élevé que Postes Canada nous a remise. Le programme de congé pour personne à risque élevé de Postes Canada est administré par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie). Vous devez signer et dater la présente partie du formulaire et nous l'envoyer pour que nous puissions traiter votre demande de congé pour personne à risque élevé.

Les renseignements médicaux que vous fournissez à nos prestataires de services de gestion de l'invalidité sont utilisés à des fins administratives pendant votre congé pour personne à risque élevé; ils demeurent strictement confidentiels et ne sont pas utilisés, conservés ou divulgués sans autorisation.

J'atteste que toutes les déclarations que j'ai faites et tous les renseignements que j'ai fournis concernant mon congé pour personne à risque élevé sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je reconnais que mon congé pour personne à risque élevé peut prendre fin si je fournis des renseignements faux ou trompeurs ou si j'omets de mentionner certaines informations importantes.

J'autorise mon médecin traitant ou mon professionnel de la santé, la Canada Vie et ses agents et prestataires de services, ainsi que toute autre personne ou organisation qui détient des renseignements personnels sur moi, notamment d'autres professionnels de la santé ou organisations de soins de santé, à échanger des renseignements à mon égard (y compris mes renseignements médicaux) conformément aux normes en matière de protection des renseignements personnels pour déterminer mon admissibilité au congé pour personne à risque élevé et pour administrer ce programme.

J'autorise la Canada Vie à utiliser mes renseignements personnels (y compris les renseignements médicaux) conformément aux normes en matière de protection des renseignements personnels pour évaluer mon admissibilité au congé pour personne à risque élevé, pour gérer mon retour au travail et pour administrer le programme de congé pour personne à risque élevé. J'autorise aussi la Canada Vie à transmettre ces renseignements à Postes Canada.

Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Mon autorisation demeurera valide jusqu'à la fin de mon congé pour personne à risque ou jusqu'à ce que je l'annule par écrit. Toutefois, je comprends que si je retire mon consentement, Postes Canada pourrait refuser ma demande de congé pour personne à risque ou y mettre fin.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site **canadavie.com** ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

Congé pour les personnes à risque chez Postes Canada	Votre nom en caractères d'imprimerie	Votre numéro de téléphone
Votre numéro d'identification chez Postes Canada	Votre adresse courriel	*Si vous désirez que la Canada Vie communiquent avec vous par courriel sécurisé au sujet de votre demande de congé pour les personnes à risque, veuillez nous fournir votre adresse courriel.*
Votre signature X		Date (jj-mm-aaaa)

Clear

canada vie MC

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.