New Nouveau Brunswick

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E) – DEMANDE D'AVANTAGES SOCIAUX

☐ **PRESTATIONS D'INVALIDITÉ LONGUE DURÉE (ILD)**

☐ **CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ (EXEMPTION DE COTISATIONS)**

Remplir et retourner : Société des services de retraite Vestcor (SSRV)
C.P. 6000, Fredericton, (N-B) E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-2296 Sans frais au Canada: 1-800-561-4012 Télécopieur : (506) 457-7388

1. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'EMPLOYÉ (Caractères d'imprimerie s.v.p.) Note: Le masculin comprend le féminin

Nom (prénom/ nom de famille) _____

Sexe : ☐ homme ☐ femme Date de naissance J M A ➡ **Joindre copie de votre certificat de naissance.** NAS

Employeur (nom du ministère, agence, hôpital, district scolaire ou autre) _____ Dernière profession: _____

2. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA DEMANDE (Veuillez indiquer les avantages sociaux demandés.)

a) ☐ Prestations d'invalidité longue durée (ILD)

b) ☐ Maintien des avantages sociaux durant l'invalidité - préciser les régimes applicables :

☐ Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident ☐ Régime d'invaliditié longue durée ☐ Assurance-vie de base

☐ Assurance-vie supplémentaire ☐ Assurance-vie pour personnes à charge

☐ Soins de santé et/ou soins dentaires ➡ N° de police __ __ __ __ __ __ __ N° d'identité __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

(Les numéros sont indiqués sur votre carte d'identité Medavie Croix Bleue)

c) ☐ Pension d'invalidité (en vertu du Régime de pension des enseignants seulement)

3. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU REVENU OU DES AVANTAGES

Bénéficiez-vous du maintien du salaire (congés de maladie payés, congés annuels) de votre employeur? ☐ Oui ☐ Non Si oui, jusqu'à quelle date? (j/m/a) _____

Avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec? ☐ Oui ☐ Non

Présentez-vous cette demande à la suite d'une blessure ou d'un accident relié au travail - antérieur ou actuel? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous présenté une demande en vertu de la Loi sur les accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, êtes-vous admissible à des indemnités? ☐ Oui ☐ Non ☐ décision à rendre

Présentez-vous cette demande à la suite d'un accident de véhicule automobile? ☐ Oui ☐ Non Si oui, a-t-on entamé des poursuites judiciaires? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'avocat: _____

Avez-vous demandé ou reçu des prestations d'invalidité à titre d'indemnités de salaire d'un autre régime d'assurance-collective, d'association ou d'assurance-groupe franchisée? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance: _____ et le numéro de police: _____

4. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU TRAVAIL

Quand sont apparus les symptômes qui ont mené à votre état de santé actuel? _____

Depuis quand votre état vous empêche-t-il de travailler? (j/m/a) _____

Décrivez votre état de santé actuel, la cause et les antécédents. (Si votre blessure résulte d'un accident, décrivez ce qui s'est passé et donnez la date et le lieu de l'accident.) _____

Parmi les fonctions habituelles de votre emploi, lesquelles pouvez-vous toujours accomplir? _____

Parmi les fonctions habituelles de votre emploi, lesquelles ne pouvez-vous pas accomplir? _____

Avez-vous essayé de reprendre le travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez cocher les cases appropriées: ☐ à temps plein ☐ à temps partiel ☐ fonctions habituelles ☐ fonctions modifiées ☐ autre employeur

Si non, quand prévoyez-vous reprendre - votre profession habituelle? (j/m/a) _____ - toute autre profession? (j/m/a) _____

Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'invalidité longue durée ou de maintien des avantages en vertu des régimes d'avantages sociaux des employés du gouvernement du N.-B.? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu une blessure ou une maladie semblable par le passé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, décrivez votre état, la date initiale de la maladie ou blessure et indiquez si vous vous êtes absenté du travail : _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui, selon vous, devrait être considéré dans l'examen de votre demande. (Annexer des feuilles au besoin.) _____

5. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE MÉDICAL

Pour éviter des retards dans l'étude de votre demande, veuillez joindre les résultats de tests, les rapports de consultation, les feuilles médico-administratives et les notes cliniques qui sont disponibles - en plus de la Déclaration du médecin traitant.

Énumérez les médecins (y compris les spécialistes ou les autres professionnels de soins de santé) que vous avez consultés à cause de votre état de santé actuel.

Nom du médecin ou spécialiste	Genre de praticien	Adresse	Date de la première visite	Date de la prochaine visite	Date(s) d'hospitalisation

6. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA FORMATION ET DE L'EXPÉRIENCE (Joindre une copie d'un curriculum vitae à jour ou completer les renseignements suivants où il y a lieu.)

Niveau de scolarité atteint _____ École de formation technique ou professionelle _____ Genre de diplôme obtenu _____

Collège ou université _____ Années complétées _____ Diplôme obtenu _____ Année _____ Majeure _____

Donnez une brève description des emplois que vous avez occupés durant les 15 dernières années. _____

Énumérez les cours de formation technique, administrative ou d'intérêt spécial que vous avez suivis. _____

Quelles compétences avez-vous acquises dans le cadre de votre emploi actuel et de vos emplois antérieurs?
(Exemples : dactylographie, utilisation de matériel/équipement, aptitude à surveiller, permis ou appellation spéciale.) _____

7. Le cas échéant, par la présente, j'autorise la divulgation de mon nom à mon syndicat en tant que personne présentant une demande pour invalidité de longue durée.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

8. CESSION, DÉCLARATION ET AUTORISATION **(APPOSER VOTRE SIGNATURE)**

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je sais que le responsable du règlement des demandes peut faire enquête sur la demande. J'autorise mon employeur, médecin, praticien, professionnel de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique et tout autre établissement de santé, compagnie d'assurance, commission des accidents du travail, Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec, administrateur de régime d'assurance-collective, administrateur de régime de pension parrainé par l'employeur, à transmettre au responsable du règlement des demandes et à l'administrateur du régime, des renseignements au sujet de mon état de santé ou du paiement des prestations afin de traiter ou de gérer ma demande. Je reconnais qu'une copie de la présente autorisation a la même validité que le document original. Je sais que je dois régler les frais exigés, s'il y a lieu, pour faire remplir les formulaires ou obtenir les rapports médicaux.

Signature de l'employé : _____ Date: _____

Adresse et code postal : _____

_____ N° de tél. : _____