

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

- Régime de pension des enseignants du N.-B.
 Loi sur la cour provinciale
Loi sur la pension des juges de la cour provinciale

Recevez-vous des prestations de la Commission des accidents du travail? Oui Non Avez-vous fait une demande de prestations en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec? Oui Non

Autres groupes, associations ou contrats d'assurance Oui Non _____
Nom de l'assureur **N° de police d'assurance collective**

Avec-vous demandé ou recevez-vous des prestations d'invalidité d'autres sources? Oui Non Si oui, indiquez d'où proviennent ces prestations _____

1. a) Nom _____ b) Date de naissance _____
c) N° d'assurance sociale (facultatif) _____ d) N° de Vestcor OU d'employé _____
e) Employeur _____ f) Dernier emploi _____

2. Quand a commencé la maladie causant l'invalidité actuelle?

3. Depuis quand votre invalidité vous empêche-t-elle de travailler?

4. Décrivez votre état de santé actuel, la **cause** et les **antécédents**.

	du	au
5. Durant la maladie a) Avez-vous été alité (ailleurs qu'à l'hôpital)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donnez les dates		
b) Avez-vous été obligé de rester à la maison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donnez les dates		
c) Avez-vous été hospitalisé ou admis au sanatorium? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donnez les dates		

6. Indiquez le nom et l'adresse de chaque médecin qui vous a traité pour votre invalidité actuelle et obtenir leurs **rapports de consultation** (si disponible).

Nom du médecin	Adresse	Dates	
		du	au

7 a) Degré d'instruction? _____ b) Date de la fin de vos études _____
c) Résumé de vos emplois antérieurs? _____

8. a) Travaillez-vous actuellement? Oui Non b) Si oui, depuis quand? _____
c) Combien d'heures par semaine? _____ d) Quel genre de travail faites-vous? _____

9. Si vous ne travaillez pas actuellement, quand pensez-vous retourner au travail?

DÉCLARATION ET AUTORISATION

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.

Des informations supplémentaires concernant les politiques de confidentialité de Vestcor peuvent être soumises à l'équipe des Services aux membres de Vestcor, soit par la poste (C.P. 6000, Fredericton, N.-B., E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courriel (info@vestcor.org). De plus, vous pouvez prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse www.vestcor.org/reenseignements-personnels.

Signature de l'employé(e) _____ Adresse _____

N° de téléphone _____ Code postal _____

Date _____

Veuillez faire parvenir votre demande dûment remplie à
Vestcor

CP 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1

INSCRIRE TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE

(05/2024)