



RÉGIME DE RETRAITE DES EMPLOYÉS DE COMMERCE DU CANADA (« RRECC »)

DEMANDE POUR CONTINUER À ACCUMULER UNE RENTE

CRÉDIT D'HEURES COMPLÉMENTAIRES (« CHC »)

Si vous avez moins de 65 ans et avez rempli un formulaire d'inscription de renseignements personnels et de désignation de bénéficiaire et que vous êtes incapable de travailler en raison de maladie ou d'accident ou si vous étiez absent du travail en raison de congé de maternité, de congé parental ou de congé d'adoption, vous pouvez faire une demande de « CHC » pour continuer à accumuler une rente.

Le calcul de ce crédit est fondé sur les heures déclarées par votre employeur au cours de l'année civile qui précède votre invalidité ou votre congé. Il est donc important, lorsque vous faites votre demande de « CHC », de nous aviser si vous étiez absent du travail ou si votre statut d'emploi a changé (de temps plein à temps partiel ou vice versa) au cours de l'année civile précédente.

INSTRUCTIONS – VOIR AU VERSO POUR LE FORMULAIRE DE DEMANDE

➤ FAIRE UNE DEMANDE DE « CHC » EN RAISON DE MALADIE OU D'ACCIDENT...

Si votre invalidité vous empêche de travailler pendant moins de 30 jours, vous devez faire votre demande dans les **60** jours qui suivent la date de votre retour au travail.

Si votre invalidité vous empêche de travailler pendant plus de 30 jours, vous devez faire votre demande dans les **6** mois qui suivent le début de votre maladie ou de votre accident.

Vous devez remplir la partie 1 «Renseignements personnels», la partie 2 «Invalidité» et la partie 4 «Certification du participant». Vous devez également remplir la partie «Autorisation du participant» de la «Déclaration du médecin traitant» et ensuite faire remplir la déclaration par votre médecin. Vous êtes responsable de tous les frais facturés par votre médecin.

➤ FAIRE UNE DEMANDE DE « CHC » EN RAISON DE CONGÉ PRÉVENTIF (congé d'invalidité en raison de la grossesse) CONGÉ DE MATERNITÉ, DE CONGÉ D'ADOPTION OU DE CONGÉ PARENTAL ...

Si vous êtes en congé préventif, congé de maternité, congé parental ou en congé d'adoption, vous devez faire votre demande dans les **60** jours qui suivent la date de votre retour au travail.

Vous devez remplir la partie 1 «Renseignements personnels», la partie 3 «Congé préventif s'il y a lieu, congé de maternité, d'adoption ou parental» et la partie 4 «Certification du participant». Il n'est PAS nécessaire de faire remplir la «Déclaration du médecin traitant» à moins que vous ayez été absente du travail en raison de votre grossesse avant le début du congé de maternité. Vous devez **fournir une preuve de la naissance ou de l'adoption** de votre ou de vos enfants.

Si vous avez des questions concernant le « CHC », veuillez communiquer avec le bureau administratif de votre région.

Une fois remplis, veuillez retourner les formulaires au bureau administratif de votre région :

318B-2099 Lougheed Highway
Port Coquitlam, BC V3B 1A8
604-945-7607 * 1-800-663-7977
Télécopieur : 604-945-7657

880 Portage Avenue, 3rd Floor
Winnipeg, MB R3G 0P1
204-982-6082 * 1-800-665-1223
Télécopieur : 204-982-6080

46 Hopewell Way N.E., Suite 101
Calgary, AB T3J 5H7
403-250-3534 * 1-888-811-7227
Télécopieur : 403-250-9236

61 International Blvd., Suite 110
Toronto, ON M9W 6K4
416-674-8581 * 1-800-387-3181
Télécopieur : 416-674-0992

1200, boul. Crémazie Est, Bureau 201
Montréal, QC H2P 3A5
514-335-1585 * 1-800-363-0580
Télécopieur : 514-856-1773

20 Crosbie Place, Suite 101
St. John's, NL A1B 3Y8
709-754-6633 * 1-800-563-1930
Télécopieur : 709-754-6733

DEMANDE DE CRÉDIT D'HEURES COMPLÉMENTAIRES – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

N° d'identification du participant : _____

Nom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Employeur : _____ Date d'embauche : _____ / _____ / _____
Année Mois JourVotre statut d'emploi a-t-il changé au cours de l'année qui précède votre invalidité ou votre congé? Non OuiSi oui, de temps plein à temps partiel le: _____ / _____ / _____ **OU** de temps partiel à temps plein le: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

PARTIE 2 : INVALIDITÉ

J'ai été incapable de travailler à partir du _____ / _____ / _____ en raison d'une invalidité qui m'a empêché d'exercer
Année Mois Jour
les tâches normales de ma fonction ou de tout autre emploi rémunérateur. Je n'ai pas repris le travail, ou J'ai repris le travail avec **des heures modifiées** le : _____ / _____ / _____, **ou**
Année Mois Jour J'ai repris le travail avec **mes heures normales** le : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

PARTIE 3 : CONGÉ PRÉVENTIF

(La déclaration du médecin doit être complétée)

 PréventifDate du début du congé : _____ / _____ / _____
Année Mois JourDate de fin du congé : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

CONGÉ DE MATERNITÉ/D'ADOPTION/PARENTAL

(La preuve de naissance ou d'adoption doit être fournie)

Type: Maternité Adoption ParentalDate du début du congé : _____ / _____ / _____
Année Mois JourDate d'accouchement
ou d'adoption : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour J'ai repris le travail le : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Je n'ai pas repris le travail

PARTIE 4 : CERTIFICATION DU PARTICIPANT

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

J'autorise, par les présentes, les fiduciaires et l'administrateur du RRECC à recueillir, à enregistrer, à retenir, à divulguer et, s'il y a lieu, à détruire les renseignements personnels contenus dans les présentes. Je comprends que tous les renseignements personnels seront conservés en toute sécurité et confidentialité et ne seront utilisés que pour établir mon droit à une prestation et d'en calculer le montant. Je comprends également que je peux accéder à mes renseignements personnels pour en assurer l'exactitude et que je peux refuser ou révoquer mon consentement en tout temps. Cependant, je reconnais qu'un tel refus ou une telle révocation pourrait compromettre ma participation au régime étant donné que ces renseignements sont nécessaires à l'établissement de mon droit à une prestation.

Signature du participant : _____ Date : _____

PARTIE 5 : VÉRIFICATION (à l'usage de l'administrateur)

Employeur : _____

Nom du vérificateur : _____

N° de téléphone : _____

Titre : _____

Date : _____

Signature : _____

Voir les instructions au verso

NOTE : LE CONSEIL DES FIDUCIAIRES SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ET/OU UNE SECONDE OPINION MÉDICALE.

DEMANDE DE CRÉDIT D'HEURES COMPLÉMENTAIRES

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

AUTORISATION DU PARTICIPANT

N° d'identification du participant: _____

J'autorise que les renseignements demandés dans le présent document soient divulgués à l'administrateur du Régime de retraite des employés de commerce du Canada, il étant entendu que ces renseignements ne seront utilisés que pour déterminer mon admissibilité au crédit d'heures complémentaires et qu'ils seront conservés en toute sécurité et confidentialité et seront détruits lorsqu'ils ne seront plus requis ou que mon consentement aura été révisé ou révoqué.

Signature du participant : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____

Date à laquelle le patient est devenu incapable d'exercer les tâches NORMALES de sa fonction :

_____/_____/_____
Année Mois Jour

Nature de l'invalidité (Diagnostic) : _____

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre : _____

Date de la dernière visite ou du dernier traitement : _____/_____/_____
Année Mois Jour

Est-ce que l'invalidité est considérée permanente? Oui Non

Si **non**, veuillez indiquer la date prévue du retour au travail : _____/_____/_____
Année Mois Jour

Nom du médecin: _____ N° de permis : _____
(en caractères d'imprimerie)

Adresse : _____

_____ N° de téléphone : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

En tant qu'administrateur du **Régime de retraite des employés de commerce du Canada**, nous nous engageons à traiter les renseignements contenus dans les présentes en toute confidentialité et acceptons de prendre toutes les mesures nécessaires pour les protéger contre toute divulgation supplémentaire, toute exploitation et tout abus.

NOTE : LE CONSEIL DES FIDUCIAIRES SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ET/OU UNE SECONDE OPINION MÉDICALE.