

## 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 de Montréal au 1-800-363-0580.

---

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

110-61 International Boulevard  
Toronto, ON M9W 6K4  
contact@ccwipp.ca  
1-888-7CCWIPP  
ccwipp.ca

201-1200, boul. Crémazie Est  
Montréal, QC H2P 3A5  
contactez@rrecc.ca  
1-888-97RRECC  
rrecc.ca

3RD-880 Portage Avenue  
Winnipeg, MB R3G 0P1  
contact@ccwipp.ca  
1-888-7CCWIPP  
ccwipp.ca

# DEMANDE DE CRÉDIT D'HEURES COMPLÉMENTAIRES – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

<b>PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</b>	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 Jour
Votre statut d'emploi a-t-il changé au cours de l'année qui précède votre invalidité ou votre congé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, de temps plein à temps partiel le: _____ / _____ / _____ <b>OU</b> de temps partiel à temps plein le: _____ / _____ / _____ Année Mois Jour Année Mois Jour	

<b>PARTIE 2 : INVALIDITÉ</b>
J'ai été incapable de travailler à partir du _____ / _____ / _____ en raison d'une invalidité qui m'a empêché d'exercer les tâches normales de ma fonction ou de tout autre emploi rémunérateur. Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas repris le travail, <u>ou</u>
<input type="checkbox"/> J'ai repris le travail avec <b>des heures modifiées</b> le : _____ / _____ / _____, <b>ou</b> Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> J'ai repris le travail avec <b>mes heures normales</b> le : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour

<b>PARTIE 3 : CONGÉ PRÉVENTIF</b> (La déclaration du médecin doit être complétée)	<b>CONGÉ DE MATERNITÉ/D'ADOPTION/PARENTAL</b> (La preuve de naissance ou d'adoption doit être fournie)
<input type="checkbox"/> Préventif	Type: <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Parental
Date du début du congé : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour	Date du début du congé : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour
Date de fin du congé : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour	Date d'accouchement ou d'adoption : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour
	<input type="checkbox"/> J'ai repris le travail le : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour
	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas repris le travail

<b>PARTIE 4 : CERTIFICATION DU PARTICIPANT</b>	
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 : _____

<b>PARTIE 5 : VÉRIFICATION (à l'usage de l'administrateur)</b>	
Employeur : _____	Nom du vérificateur : _____
N° de téléphone : _____	Titre : _____
Date : _____	Signature : _____

**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.**