

# Invalidité de longue durée Guide de présentation des demandes de règlement

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) prévoit que des prestations vous seront versées si vous devenez invalide. Le présent guide est conçu pour vous aider dans le processus de demande de règlement et pour répondre aux questions initiales que vous pourriez vous poser relativement à la présentation d'une demande de règlement invalidité de longue durée. Chaque situation étant particulière, nous traitons les dossiers d'absence individuellement et nous vous aiderons par tous les moyens à notre disposition.



## Lorsque nous recevons votre demande.

Votre gestionnaire de dossiers passe en revue tous les renseignements reçus au sujet de votre demande de règlement ainsi que les dispositions du contrat. Dans le cadre de ce processus, il examine :

- les renseignements médicaux
- l'incidence de votre maladie ou blessure sur votre capacité de fonctionner et d'effectuer les activités de la vie quotidienne
- les exigences liées à votre profession
- la façon dont votre maladie ou blessure nuit à votre capacité d'exercer votre profession

Dans le cadre de son examen, votre gestionnaire de dossiers communiquera avec vous par téléphone pour discuter de votre demande de règlement, notamment pour vous poser des questions afin de mieux comprendre votre condition. Vous pourriez aussi profiter de l'occasion pour lui poser des questions au sujet de votre demande de règlement. Il pourrait également devoir communiquer avec votre médecin et votre employeur pour leur poser d'autres questions ou obtenir des renseignements manquants.



## Nous vous tiendrons au courant.

Le processus d'évaluation des demandes de règlement prend habituellement 10 jours ouvrables, suivant la réception de tous les renseignements requis. Si votre demande est approuvée en vertu du régime ILD de votre employeur, votre gestionnaire de dossiers vous en informera, vous et votre employeur, par téléphone et par écrit. Si votre demande n'est pas approuvée, votre gestionnaire de dossiers vous fera part, par téléphone et par écrit, de notre refus et des raisons de cette décision.

Il arrive parfois que tous les renseignements existants ne soient pas présentés avec la demande de règlement. Si ces renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement, votre gestionnaire de dossiers vous indiquera ce dont nous avons besoin le plus rapidement possible. Pour éviter les retards, il est important que vous présentiez tous les renseignements médicaux existants avec votre demande de règlement.



## Vos renseignements sont confidentiels.

Nous traitons les renseignements que vous nous fournissez comme de l'information confidentielle. Nous recueillons, utilisons et communiquons les renseignements vous concernant uniquement aux fins indiquées dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée, ou de la manière prescrite par les lois pertinentes.

# Déclaration de votre absence

Pour demander des prestations ILD, vous et votre employeur devrez nous faire parvenir un dossier de règlement ILD dûment rempli. Ce dossier renferme trois formulaires :



la Déclaration du promoteur du régime, que votre employeur doit remplir et nous envoyer par télécopieur séparément;



la Déclaration du participant, que vous devez remplir et retourner à nos bureaux;



la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité, que vous devez remettre à votre médecin en lui demandant de la remplir.

Remarque : Il est possible que votre médecin exige des frais pour remplir ce formulaire. Le cas échéant, ces frais seront à votre charge.



## Remplissez la Déclaration du participant

Cette déclaration nous fournit des renseignements sur votre maladie ou blessure, sur son origine, sur vos antécédents médicaux et sur les revenus et les prestations que vous prévoyez toucher au cours de votre absence.

- Répondez bien à toutes les questions afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre absence.
- Fournissez une description de vos tâches ainsi qu'un résumé avec vos expériences de travail antérieures et vos niveaux d'études. Si l'espace prévu sur le formulaire est insuffisant, vous pouvez joindre des feuilles supplémentaires.
- Vérifiez que les dates fournies (date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler, date de l'accident, etc.) sont exactes, car elles sont déterminantes pour notre évaluation.
- Fournissez les documents requis tel qu'il est indiqué à la section «Versement automatique de vos prestations d'invalidité» si vous désirez que vos prestations soient virées à votre compte bancaire. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL».
- Lisez et signez la section Déclaration et autorisation, qui nous permet d'échanger des renseignements avec votre médecin et tout autre professionnel de la santé qui vous fournit des soins. En outre, veuillez signer la section 1 de la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité avant de remettre ce formulaire à votre médecin, qui doit le remplir.



## Demandez à votre médecin de remplir la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

Cette déclaration nous fournit des renseignements médicaux précis sur votre maladie ou blessure et sur le déroulement prévu de votre rétablissement.

- La déclaration de votre médecin doit indiquer tous les renseignements demandés relativement à votre maladie ou blessure.
- Le formulaire peut être rempli, par exemple, par votre médecin de famille, par un médecin pratiquant dans un centre de consultation sans rendez-vous ou par un spécialiste, c'est-à-dire tout professionnel de la santé qui a la qualité de docteur en médecine et qui vous a traité pour votre maladie ou blessure.
- Si votre médecin vous fait passer des tests, il doit inscrire tous les résultats sur la déclaration ou les joindre à celle-ci.
- Si vous avez consulté un spécialiste pour la maladie ou la blessure dont vous souffrez, demandez à votre médecin de joindre à sa déclaration des copies de toutes les notes de consultation et notes cliniques.

Remarque : Vous ne devez pas modifier ni inscrire quoi que ce soit sur la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité. Toute modification qui y est apportée doit être paraphée par votre médecin.



## Envoyez vos formulaires

- Faites un suivi auprès de votre médecin (si vous lui avez laissé le formulaire à remplir) et de votre employeur pour vous assurer qu'ils ont rempli et signé leur déclaration et qu'ils l'ont envoyée à nos bureaux.
- Nous recommandons que vous fassiez parvenir les formulaires de demande de règlement dûment remplis au moins huit semaines avant la date du premier versement de vos prestations ILD. Cela nous donne suffisamment de temps pour évaluer votre demande et prendre une décision bien avant la date du premier paiement.
- Choisissez l'une des options d'envoi indiquées à la dernière page de la Déclaration du participant pour acheminer les formulaires.



**Vérifiez que votre Déclaration du participant et la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité indiquent clairement votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant avant que ces documents nous soient envoyés.**

**En cas de doute, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime. Il sera en mesure de vous renseigner.**

# Foire aux questions

Nous souhaitons que vous soyez à l'aise avec le processus relatif aux demandes de règlement Invalidité de longue durée. La présente Foire aux questions est conçue pour vous aider à mieux le comprendre, de la présentation d'une demande de règlement à votre rétablissement.

**Que signifie «promoteur de régime»?** «Promoteur de régime» désigne votre employeur ou le titulaire du contrat lié à votre régime.

**Quels sont mes numéros de contrat et de participant?** Le numéro de contrat renvoie au document qui présente le régime de prestations choisi par votre promoteur de régime/employeur à la Financière Sun Life. Le numéro de participant sert à vous identifier. Vous trouverez ces numéros sur le sommaire de la couverture ou de l'adhésion, ou dans la brochure explicative.

**Pourquoi mon médecin doit-il remplir la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité ?** Les formulaires Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité ont été conçus pour recueillir auprès de votre médecin des renseignements qui nous aideront à comprendre la nature de votre maladie ou blessure, et son incidence sur vos capacités fonctionnelles. Si votre médecin ne fournit qu'une partie des renseignements demandés ou seulement une brève note sur une feuille de son ordonnancier, il se pourrait que nous n'ayons pas toute l'information nécessaire pour évaluer votre demande de prestations. Cela pourrait retarder la prise de décision.

**Que signifie «exonération des primes»?** Certains régimes d'assurance-invalidité collective prévoient l'exonération du paiement des primes liées à certaines garanties pendant que vous recevez des prestations d'invalidité au titre de votre régime. Ceci signifie que, pendant la période où vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de votre régime, vous ou votre employeur n'aurez pas à payer de primes pour que vous soyez couvert par ces garanties. Le gestionnaire de votre régime pourra vous confirmer si votre régime prévoit l'exonération des primes. Si c'est le cas et que vous présentez une demande de règlement invalidité de longue durée, une demande au titre de toute garantie d'exonération des primes à laquelle vous pourriez avoir droit sera automatiquement envoyée. On vous informera sur votre situation relative à la garantie d'exonération des primes et sur la situation de votre demande de règlement ILD.

**Comment calculez-vous mes prestations?** Les prestations d'invalidité sont généralement basées sur un pourcentage déterminé du salaire mensuel que vous touchiez au moment du début de votre invalidité. Le montant des prestations prévues par votre régime est indiqué dans la brochure explicative destinée aux employés.

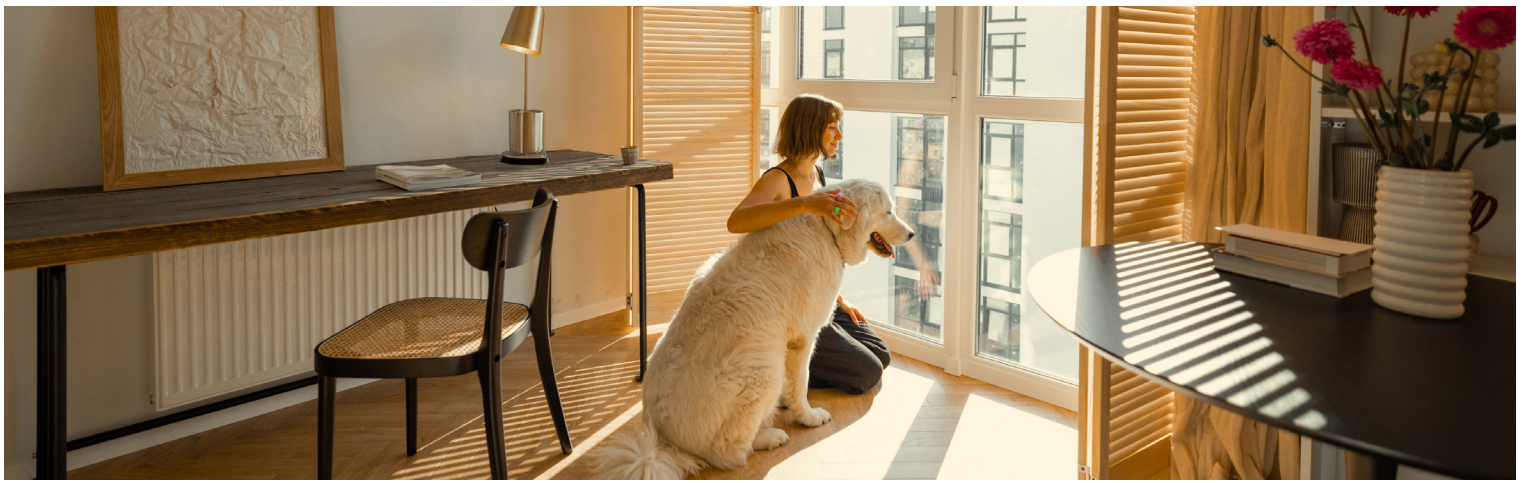
**Si ma demande de règlement est acceptée, quand commencera le versement de mes prestations?** Le versement des prestations d'invalidité commence le jour qui suit la fin du délai de carence. Le délai de carence prévu par votre régime est indiqué dans la brochure explicative. Si cette date est passée, les prestations vous seront versées rétroactivement à partir de cette date.

**Comment et quand les versements sont-ils effectués une fois la demande de règlement acceptée?** Le formulaire Déclaration du participant indique les renseignements que vous devez fournir si vous voulez que vos prestations soient versées directement dans votre compte bancaire, à la section Versement automatique de vos prestations d'invalidité. N'oubliez pas de lire cette section et de fournir les documents requis. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL». REMARQUE : Il se peut que le versement des prestations soit retardé si le paiement est prévu un jour férié.

**Pendant combien de temps vais-je recevoir des prestations d'invalidité?** Dans le cas de l'ILD, vous continuerez de recevoir des prestations d'invalidité tant que vous demeurerez totalement invalide au sens défini dans la brochure explicative du régime et que vous satisferez aux autres obligations (comme l'obtention d'un traitement approprié) aussi décrites dans la brochure explicative. En règle générale, nous déterminons si vous êtes «totalement invalide» relativement à votre profession habituelle pour une période déterminée qui suit le délai de carence. À l'expiration de cette période, nous déterminons si vous êtes «totalement invalide» relativement à quelque profession que ce soit. Si vous êtes atteint d'invalidité totale et continue, les prestations ne vous sont pas versées indéfiniment. La brochure explicative de votre régime fait référence à d'autres dates importantes relatives à la cessation du versement des prestations. Elles peuvent prendre fin dès que vous atteignez l'âge de 65 ans, prenez votre retraite ou décédez. Veuillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

**Quelles sont mes responsabilités pendant que je reçois des prestations d'invalidité?** Pendant que vous recevez des prestations d'invalidité, nous vous parlerons de votre retour au travail, au moment opportun. Nous nous attendons à ce que vous participiez à ces entretiens et que vous repreniez l'exercice de votre profession habituelle dès que vous pouvez le faire en toute sécurité et sans danger pour votre santé. S'il apparaît que vous ne serez pas en mesure de reprendre l'exercice de votre profession habituelle, nous nous attendons à ce que vous examiniez toute offre raisonnable de retour au travail avec modification des tâches de la part de votre employeur et/ou participiez à toute formation nécessaire pour avoir les compétences requises pour exercer une autre profession.

**Une fois la demande de règlement acceptée, à quelle fréquence exige-t-on la présentation de nouveaux renseignements médicaux?** Une bonne connaissance des progrès que vous réalisez en vue de votre rétablissement est essentielle à la préparation d'un retour possible au travail. Des mises à jour périodiques des renseignements que nous possédons sur votre état de santé et vos capacités fonctionnelles nous aident à déterminer vos progrès. La fréquence à laquelle nous demanderons des rapports variera selon les circonstances particulières entourant votre demande de règlement, votre état de santé et votre programme de traitement. Nous effectuerons le suivi avec vous et avec votre ou vos médecins traitants par téléphone ou par la poste. Votre gestionnaire de dossiers collaborera avec votre médecin et avec les partenaires de la santé de la Financière Sun Life pour s'assurer que vous recevez le traitement approprié. Dans certains cas, nous vous demanderons de subir un examen par un médecin indépendant afin d'obtenir de plus amples renseignements. Nous fixerons le rendez-vous et vous en informerons à l'avance. (Nous transmettrons une copie des résultats à votre médecin traitant.)



**Quels sont les cas où il n'est pas versé de prestations?** Il est possible qu'aucune prestation ne soit payable :

- si vous n'êtes pas considéré comme étant totalement invalide;
- si vous ne recevez pas le traitement approprié qui vous est recommandé par votre médecin traitant;
- si vous ne recevez pas ou suivez le traitement approprié qui vous est recommandé par votre médecin traitant;
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, à moins que la Financière Sun Life a expressément accepté la poursuite de la couverture ou qu'elle y soit obligée selon la loi;
- si vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Financière Sun Life a expressément accepté la poursuite de la couverture ou qu'elle y soit obligée selon la loi;
- si vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que nous l'avons approuvé;
- si vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Veuillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

**Qu'arrive-t-il si je touche un revenu d'une autre provenance?**

Quelle incidence aura ce revenu sur mes prestations? La garantie ILD de votre employeur peut prévoir que les autres revenus auxquels vous avez droit pour la même invalidité ou une invalidité ultérieure, comme les prestations du Régime de rentes du Québec (RRQ)/ Régime de pensions du Canada (RPC) et les prestations prévues par la loi sur les accidents du travail, doivent être déduits des prestations d'invalidité versées au titre du régime. Vos prestations ne seront pas réduites du revenu provenant d'un contrat individuel d'assurance-invalidité. Des prestations d'une autre source payables à effet rétroactif peuvent réduire vos prestations d'invalidité et donner lieu à un versement en trop. Si c'est le cas, vous devrez rembourser le montant versé en trop.

**La Financière Sun Life échange-t-elle avec mon employeur des renseignements médicaux à mon sujet?** Non. Tous les renseignements médicaux que reçoit la Financière Sun Life (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements) concernant votre problème de santé sont strictement confidentiels et ne seront jamais communiqués à qui que ce soit

à votre travail, à moins que ce ne soit expressément précisé dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée. Nous ne communiquons pas à votre gestionnaire ni à votre service des ressources humaines de renseignements médicaux (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements).

**Qu'arrivera-t-il si je reprends le travail moyennant certaines restrictions?**

Votre gestionnaire de dossiers collaborera avec vous et votre employeur pour établir un plan de retour au travail qui tient compte de vos capacités et de vos restrictions. Votre plan de retour au travail pourrait comprendre, par exemple, un retour progressif au travail et/ou des tâches modifiées. Si votre retour au travail nécessite une expertise professionnelle particulière, nous pourrions faire appel à l'un de nos conseillers en gestion de la santé pour participer à la planification de votre retour au travail. Nous communiquerons avec votre médecin pour nous assurer qu'il est au courant du plan avant sa mise en oeuvre. Une fois que vous avez repris le travail pour effectuer les tâches essentielles de votre poste à temps plein, la Financière Sun Life ferme généralement le dossier.

**Est-ce que je vais recevoir un feuillet fiscal?** Un feuillet fiscal sera émis si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable. Chaque année, les feuillets pour l'année précédente sont envoyés par la poste avant la fin du mois de février. Si vous ne savez pas si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

\* Ce guide ne vise pas à remplacer ni à modifier la brochure explicative destinée aux employés. En cas de divergence entre la brochure explicative et les renseignements contenus dans le présent guide, c'est la brochure explicative qui prévaut.



### 3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure identique ou similaire?  Non  Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates.


Date (jj-mm-aaaa)

4. Date de la première consultation avec un médecin pour cette maladie ou cette blessure.

Si vous avez tardé à chercher un traitement, veuillez en expliquer les raisons et dater les étapes du processus.


Date (jj-mm-aaaa)

5. Depuis quand cette maladie ou blessure vous empêche-t-elle de travailler?

6. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?


7. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à *cette* maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Date de la visite (jj-mm-aaaa)

Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examens. Si vous avez passé un test génétique, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils sont inutiles dans l'évaluation de l'invalidité.

Date (jj-mm-aaaa)

8. Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi?

Temps plein

Temps partiel

9. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes incapables d'effectuer.


### 3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

10. Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions qui suivent.

Date (jj-mm-aaaa)

Date (jj-mm-aaaa)

Votre retour au travail a duré combien de temps? Du au

Avez-vous repris :  votre emploi  un nouvel emploi ou des tâches modifiées

Avez-vous travaillé :  à temps plein  à temps partiel

### 4 Antécédents médicaux

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

1. Nom et adresse de tous les hôpitaux où vous avez été soigné au cours des trois dernières années, et toute opération subie au cours de vos hospitalisations.

Hôpital	Adresse	Nature de la maladie/de l'opération	Date (jj-mm-aaaa)

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

2. Nom et adresse de tous les médecins que vous avez consultés au cours des trois dernières années pour toute autre maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Nature de la maladie	Date (jj-mm-aaaa)

### 5 Invalidité attribuable à un accident

1. Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?

Non Dans la négative, passez à la section suivante «Commission des accidents du travail/CNESST».

Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, l'heure et le lieu de l'accident.

Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu

2. L'accident est-il survenu pendant que vous exerciez vos fonctions pour l'employeur?

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez vous assurer de remplir la section «Commission des accidents du travail/CNESST».

Veuillez décrire la façon dont la maladie ou la blessure s'est manifestée.


Votre maladie ou blessure résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé?

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie du rapport de l'accident à la présente déclaration.

Nom de l'expert en sinistres	Assureur automobile	Numéro de contrat	Numéro de téléphone

## 5 Invalidité attribuable à un accident (suite)

3. Si votre invalidité est attribuable à un accident, avez-vous engagé des poursuites contre une personne physique ou morale?

Non Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi vous ne l'avez pas fait.

--

Oui Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'avocat		Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Date (jj-mm-aaaa)

Date où la poursuite a été engagée?

Un règlement est-il intervenu?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre à la présente une copie des dispositions du règlement.

## 6 Commission des accidents du travail/CNESST

1. Si votre maladie ou blessure est reliée à l'exercice de vos fonctions, avez-vous présenté une demande à la Commission des accidents du travail ou à la CNESST?  Non  Oui Dans la négative, veuillez préciser.

--

2. Touchez-vous ou comptez-vous recevoir des prestations de la CAT/CNESST?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez continuer.

Quel est le numéro de votre dossier?  Montant de la prestation mensuelle  \$

3. Avez-vous reçu une allocation pour invalidité permanente?

Non  Oui Dans l'affirmative, quand l'avez-vous touchée?  Date (jj-mm-aaaa)

S'agissait-il de prestations mensuelles?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant.  \$

S'agissait-il d'un règlement forfaitaire?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant.  \$

4. Si votre demande a été refusée ou si vos indemnités ont pris fin, en avez-vous appelé de cette décision?

Non  Oui Dans l'affirmative, indiquez la date où vous avez fait cette démarche.  Date (jj-mm-aaaa)

À quelle étape en est votre démarche (si vous le savez)?

Présentation verbale  Commission d'appel  Groupe d'experts médicaux  Révision médicale

Autre \_\_\_\_\_

## 7 Prestations du RRQ/RPC

1. Avez-vous présenté une demande de rente d'invalidité/retraite au titre du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Date (jj-mm-aaaa)

Non  Oui Dans l'affirmative, à quelle date avez-vous présenté votre demande?

Quel type de prestations au titre du RPC/RRQ avez-vous demandé?  Invalidité  Retraite

2. Si vous avez présenté une demande, quel est son état?

**Approuvée** Quel type de prestations recevrez-vous?  Prestations d'invalidité du RPC/RRQ  
 Prestations de retraite du RRQ/RPC

Veillez joindre à la présente une copie de l'Avis d'acceptation et du Relevé explicatif des paiements que vous avez reçus.

Date (jj-mm-aaaa)

Date d'effet de la prestation :

Prestation mensuelle :

\$

**Refusée**

Avez-vous appelé de cette décision?

Date (jj-mm-aaaa)

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date de la demande d'appel :

Veillez joindre une copie de la lettre de refus.

**Décision en attente** Veuillez fournir tout renseignement complémentaire au sujet de votre demande/demande d'appel.

3. Renseignements sur les enfants à charge qui vivent avec vous :

Nom complet	Lien avec vous		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Si l'enfant a 18 ans ou plus, indiquez s'il est :	
	Fils	Fille		Handicapé	Étudiant à temps plein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 Autres sources de revenu

Veuillez indiquer toute somme que vous recevez actuellement ou que vous prévoyez recevoir chaque semaine ou chaque mois des sources ci-après. Certaines de ces sommes seront peut-être prises en compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de courte durée.

Source	Compagnie d'assurance et Numéro de contrat	Avez-vous présenté une demande?		Touchez-vous déjà ce revenu ou vous sera- t-il versé plus tard?		Montant de la rente <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuelle	Quand le versement des prestations prendra-t-il fin? (jj-mm-aaaa)
		Oui	Non	Déjà	Plus tard		
Toute autre assurance invalidité (CAT/CSPAAT/CNESST/prestations d'invalidité syndicales, assurance-créance, cartes de crédit, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Assurance automobile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Autre assurance groupe, association ou individuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Assurance-emploi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Régime québécois d'assurance parentale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
RRQ/RPC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Rente d'invalidité, allocation de cessation d'emploi ou de départ à la retraite de l'employeur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Toute autre garantie invalidité prévue en cas d'accident, par une assurance groupe, par un régime d'association ou par l'État		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Autre (préciser) ex. : au Québec, prestations aux victimes d'actes criminels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

## 9 Retour au travail

Vous devez aviser la Sun Life si :

- votre état de santé s'améliore et que vous pouvez travailler
- vous recommencez à travailler à titre de salarié ou comme travailleur autonome.

La perspective d'un retour au travail est un élément important de votre traitement. La Sun Life dispose d'un programme qui peut vous aider à retourner au travail. Si vous êtes admissible à ce programme, un conseiller en gestion de la santé de la Sun Life pourrait communiquer avec vous.

1. Qu'avez-vous conclu avec votre médecin en ce qui touche votre retour au travail, que ce soit à votre poste (avec ou sans modification de vos tâches) ou à un autre poste?

--

2. Qu'avez-vous conclu avec votre employeur en ce qui touche votre retour au travail, que ce soit à votre poste (avec ou sans modification de vos tâches) ou à un autre poste?

--

## 10 Études, compétences et expérience de travail

1. Niveau d'études atteint :  Diplôme secondaire  Diplôme collégial  Diplôme universitaire

Combien d'années d'études comptez-vous (niveau scolaire)? Veuillez indiquer tout certificat/diplôme que vous détenez.

2. Veuillez préciser si vous avez obtenu votre formation au Canada ou à l'extérieur du Canada. Si vous avez obtenu une formation à l'extérieur du Canada, veuillez indiquer à quel endroit.

3. Veuillez décrire les autres cours de formation ou de perfectionnement que vous avez suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.) et toute autre compétence que vous avez acquise. Ces compétences comprennent notamment la dactylographie, l'informatique, la manipulation d'appareils, les fonctions de supervision, les permis spéciaux, ainsi que toute compétence acquise dans le cadre d'activités bénévoles ou de différents passe-temps. (Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.)

4. Avez-vous un permis de conduire en règle?  Non  Oui Dans l'affirmative, précisez la catégorie.

Veuillez indiquer quelles restrictions ont été inscrites sur votre permis de conduire en raison de votre invalidité.

Veuillez décrire votre expérience de travail. Joindre un CV si possible.

Du (date) (jj-mm-aaaa)	Au (date) (jj-mm-aaaa)	Employeur	Titre du poste

## 11 Versement automatique de vos prestations d'invalidité (Ce service est offert moyennant l'acceptation de votre demande de règlement.)

Nous vous offrons la possibilité de faire porter directement vos prestations d'invalidité au crédit de votre compte auprès de toute banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit au Canada. **Si vous voulez que vos prestations soient déposées dans un compte de chèques, veuillez nous faire parvenir un chèque spécimen personnalisé à votre nom portant la mention NUL.** Veuillez vérifier auprès du gestionnaire de votre régime si vous pouvez vous prévaloir de cette option.

Si vous n'avez pas de compte de chèques, vous devez nous fournir un formulaire de dépôt direct ou une déclaration de votre succursale bancaire confirmant votre identité. Ce document doit vous être remis par votre banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit établie au Canada; il doit porter le tampon de l'établissement et la signature d'un représentant autorisé. Si votre banque met à votre disposition un formulaire électronique de dépôt direct sur lequel vos renseignements bancaires sont déjà inscrits, nous acceptons aussi ce genre de document. Tous ces documents doivent porter votre nom, les numéros d'établissement et de succursale, ainsi que votre numéro de compte bancaire pour que vos prestations puissent être virées directement à votre compte.

## 12 Votre autorisation

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Toute référence à la Sun Life, au promoteur de régime ou à l'employeur englobe leurs mandataires, leurs fournisseurs de services et, s'il y a lieu, leurs réassureurs.

### Objectifs

J'autorise la Sun Life à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements pertinents à mon sujet, notamment aux fins suivantes :

- tarification et gestion du régime;
- évaluation et gestion de ma demande de règlement invalidité de courte durée (ICD) ou invalidité de longue durée (ILD);
- coordination ou vérification des prestations ou des paiements provenant d'autres assureurs, organismes gouvernementaux ou tiers;
- planification de la réadaptation, du retour au travail ou des mesures d'adaptation;
- détection et prévention des fraudes (réelles ou présumées) et des abus de garanties, ou enquêtes à ce sujet;
- gestion et réponse aux demandes d'appels, aux plaintes, aux évaluations ou au recouvrement d'un trop-perçu;
- défense, réponse ou participation liée à toute demande, procédure judiciaire, plainte réglementaire, enquête ou processus de résolution des conflits (p. ex., arbitrage ou médiation) concernant ma demande de règlement ICD ou ILD.

La Sun Life peut utiliser les renseignements sur ma couverture et mes demandes de règlement au titre d'un régime de la Sun Life et s'y fier lorsque ces renseignements sont pertinents pour ma demande ICD ou ILD aux fins énoncées ci-dessus.

### Sources d'information

J'autorise la Sun Life et les personnes ou entités ci-dessous à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements :

- médecins, spécialistes, psychologues et tout autre professionnel de la santé ou fournisseur de soins de santé;
- hôpitaux, cliniques, établissements de soins de santé et centres de réadaptation;
- mon promoteur de régime, mon employeur et mon syndicat (excluant les renseignements relatifs à mon diagnostic/traitement);
- équipe de professionnels des services de santé au travail de mon promoteur de régime ou de mon employeur (incluant les renseignements relatifs à mon diagnostic/traitement);
- organismes de réglementation, organismes gouvernementaux, organismes d'application de la loi, enquêteurs et agences de recouvrement;
- autres assureurs, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, assurance-emploi, Agence du revenu du Canada (ARC);
- toute autre personne ou organisation détenant des renseignements pertinents à mon sujet.

Cette autorisation s'applique à tout renseignement lié à ma demande de règlement, y compris les renseignements sur mon état de santé, mes capacités fonctionnelles, mon emploi, ma situation financière et mes compétences professionnelles.

### Trop-perçu

Si la Sun Life me verse un montant en trop, je l'autorise à récupérer ce montant en le prélevant sur les prestations payables en vertu du régime.

### Durée du consentement

Mon consentement est valide jusqu'à :

- la fermeture de mon dossier et l'épuisement de tous les niveaux d'appel;
- la résolution de tout litige, incluant les plaintes ou enquêtes réglementaires, l'arbitrage, la médiation ou les procédures judiciaires;
- la résolution ou la fin de toute mesure corrective concernant un trop-perçu, une fraude réelle ou présumée, un abus de garanties, ou toute enquête.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement à tout moment. Le fait de le révoquer, en tout ou en partie, porte atteinte à la capacité de la Sun Life d'évaluer ma demande de règlement, de poursuivre son traitement et de verser des prestations.

Les renseignements sur ma demande de règlement peuvent faire l'objet d'une vérification du régime et être utilisés pour continuer d'améliorer les systèmes et les processus liés à l'invalidité et aux opérations, ainsi que l'expérience des participants et participantes. Cela s'applique jusqu'à ce que mes renseignements soient détruits conformément aux principes directeurs en matière de conservation des documents de la Sun Life.

Mon nom tapé ou une image numérique de ma signature ont la même valeur que ma signature manuscrite. Ce formulaire signé peut être transmis à la Sun Life par voie électronique (y compris par courriel). Toute copie de ce formulaire signé (numérisée, photocopiée, photographiée, en format PDF ou JPEG) est aussi valide que l'original à toutes fins.

Nom de famille du participant (en caractères d'imprimerie)	Prénom
Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)

Des instructions sur la façon de présenter le(s) formulaire(s) dûment rempli(s) figurent à la page suivante.

### 13 Comment soumettre les formulaires complétés remplis

Il existe plusieurs façons de nous acheminer les formulaires de demande de règlement dûment remplis ou tout autre document que vous aimeriez nous présenter en appui à votre demande. Vous pouvez conserver les documents originaux pour vos dossiers, sauf si vous utilisez la poste.



Si vous avez accès à l'appli mobile de la Sun Life dans le cadre de votre régime, vous pouvez acheminer les formulaires dûment remplis à l'aide de la fonction «Envoyer des documents».



Vous pouvez aussi envoyer les formulaires de demande de règlement invalidité directement à la Sun Life par courriel. Dans ce cas, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse [reglementinvalidite@sunlife.com](mailto:reglementinvalidite@sunlife.com). Veuillez noter qu'en dépit des moyens raisonnables que la Sun Life prend pour protéger la confidentialité des courriels qu'elle envoie et qu'elle reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.



Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée. Si vous ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.

**Halifax :**  
Télec. : 1-866-639-7850  
CP 11480 Succ CV  
Montréal QC H3C 5P5

**Montréal :**  
Télec. : 1-866-639-7846  
CP 11037 Succ CV  
Montréal QC H3C 4W8

**Toronto :**  
Télec. : 1-866-639-7851  
CP 950 Succ A  
Toronto ON M5W 1G5

**Kitchener - Waterloo :**  
Télec. : 1-866-209-7215  
CP 100 Succ C  
Kitchener ON N2G 3W9

**Edmonton :**  
Télec. : 1-866-639-7820  
CP 2733 Succ Main  
Edmonton AB T5J 5C9

**Vancouver :**  
Télec. : 1-866-639-7829  
CP 48810 Succ Bentall  
Vancouver BC V7X 1A6

### 14 Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite) ou appelez-nous.

## Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

<b>Partie 1</b>		<b>Information et consentement du patient À REMPLIR PAR LE PATIENT</b>																																
Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms)		Téléphone au domicile (avec indicatif régional)		Cellulaire (avec indicatif régional)																														
Adresse (rue, ville, province, code postal)																																		
Nom de l'employeur (le cas échéant)	Numéro du contrat ou de la police	Numéro du certificat (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)																															
Dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)		Date réelle ou prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)																																
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom du médicament</th> <th>Posologie (mg)</th> <th>Fréquence</th> <th colspan="2">Indiquez vos :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Taille :</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Poids :</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td colspan="2">Main dominante :</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gauche</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Droite</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :		1. _____	_____	_____	Taille :	_____	2. _____	_____	_____	Poids :	_____	3. _____	_____	_____	Main dominante :		4. _____	_____	_____	Gauche	<input type="checkbox"/>	5. _____	_____	_____	Droite	<input type="checkbox"/>	
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :																															
1. _____	_____	_____	Taille :	_____																														
2. _____	_____	_____	Poids :	_____																														
3. _____	_____	_____	Main dominante :																															
4. _____	_____	_____	Gauche	<input type="checkbox"/>																														
5. _____	_____	_____	Droite	<input type="checkbox"/>																														
J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime/de la police d'assurance. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne pourra pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. <b>Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b>																																		
Signature du patient			Date du consentement (jj-mm-aaaa)																															
<b>Partie 2</b>		<b>Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)</b>																																
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____																																		
<b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.</b>																																		
<b>Diagnostic</b>																																		
Diagnostic primaire : _____																																		
Diagnostic secondaire ou complications : _____																																		
S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj-mm-aaaa): _____ Vaginal <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>																																		

<p>La condition est-elle attribuable :</p> <p>à une maladie professionnelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident de la route? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un autre type d'accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) _____</p>	
<p>Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____</p>	
<p>Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj-mm-aaaa) _____</p>	<p>Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj-mm-aaaa) _____</p>
<b>Traitement</b>	
<p>Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la <b>Partie 1</b>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____</p> <p>Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) _____</p> <p>Date de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa) _____</p>	
<p>Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) : _____ Fournisseur du traitement : _____</p>	
<p>Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Veuillez expliquer. _____</p> <p>_____</p>	
<b>Réponse au traitement</b>	
<p>Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?</p> <p>Réponse complète <input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Trop tôt pour se prononcer <input type="checkbox"/></p> <p>Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<b>Hospitalisation</b>		
Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Une hospitalisation est-elle prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :		
Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.		
Date (jj-mm-aaaa)	Description	
1. _____	_____	
2. _____	_____	
<div style="display: flex; align-items: center;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez <b>arrêter ici</b> et apposer votre signature à la fin du formulaire.</li> <li>Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.</li> </ul> </div>		
<b>Examens</b>		
Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – <u>ne pas fournir de résultats de tests génétiques</u></li> <li>rapports de consultation</li> <li>notes cliniques</li> </ul>	
Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Date (jj-mm-aaaa)	Description	
1. _____	_____	
2. _____	_____	
<b>Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.</b>		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Nom du spécialiste	Spécialité	Date (jj-mm-aaaa)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
<b>Résultats cliniques et observations</b>		
Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). _____		
_____		
_____		
Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration <input type="checkbox"/> Aucune évolution <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/>		

**Restrictions et limitations**

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de la condition? Oui  Non

Dans l'affirmative, quand? (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_

Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui  Non

Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient?

Oui  Non

Problèmes sur le lieu de travail  Problèmes sociaux/familiaux  Problèmes financiers/juridiques

Problèmes de personnalité  Dépendance  Autre

Veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pronostic**

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Retour au travail**

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avis au médecin/professionnel de la santé**

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	Spécialité et numéro de permis/d'inscription	Date de signature (jj-mm-aaaa)
---	--	--------------------------------

Adresse (rue, ville, province, code postal)	Téléphone (avec indicatif régional)
	Télécopieur (avec indicatif régional)
	Courriel

Signature

**Adresse de retour**

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. On peut aussi l'envoyer par courriel : [disabilityclaims@sunlife.com](mailto:disabilityclaims@sunlife.com). Nous ne pouvons pas garantir la protection ni la confidentialité des communications par courriel pendant qu'elles sont acheminées à Sun Life. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

**Halifax :**  
**Télec. : 1-866-639-7850**  
CP 11480 Succ CV  
Montréal QC H3C 5P5

**Montréal :**  
**Télec. : 1-866-639-7846**  
CP 11037 Succ CV  
Montréal QC H3C 4W8

**Toronto :**  
**Télec. : 1-866-639-7851**  
CP 950 Succ A  
Toronto ON M5W 1G5

**Kitchener - Waterloo :**  
**Télec. : 1-866-209-7215**  
CP 100 Succ C  
Kitchener ON N2G 3W9

**Edmonton :**  
**Télec. : 1-866-639-7820**  
CP 2733 Succ Main  
Edmonton AB T5J 5C9

**Vancouver :**  
**Télec. : 1-866-639-7829**  
CP 48810 Succ Bentall  
Vancouver BC V7X 1A6

**Montréal**  
**Régime d'assurance invalidité de la**  
**fonction publique fédérale**  
**Télec. : 1-866-639-7849**  
CP 12500 Succ CV  
Montréal QC H3C 5T6