

# Votre guide pour déclarer votre absence

Ce guide vous explique ce dont nous avons besoin pour évaluer votre absence. Vous pourrez ainsi vous concentrer sur votre santé.



Le promoteur de votre régime nous a demandé de vous aider à déclarer votre absence. Voici la marche à suivre. Si vous avez des questions, nous sommes là pour vous aider.

1.

**Remplissez et signez la Déclaration de participant.**

Cette déclaration nous fournit des renseignements sur votre maladie ou blessure, votre traitement et vos antécédents médicaux pertinents. Retournez-la-nous en suivant les directives inscrites sur le formulaire.

2.

**Remplissez et signez la section 1 de la Déclaration du médecin traitant. Cette section du formulaire confirme vos renseignements personnels.**

En la signant, vous autorisez votre médecin ou infirmière praticienne à échanger de l'information avec nous.

3.

**Demandez à votre médecin ou infirmière praticienne de remplir le reste de la Déclaration du médecin traitant.**

Cette déclaration nous indique votre état de santé et votre plan de traitement. Si votre médecin ou infirmière praticienne exige des frais pour remplir les formulaires, c'est vous qui devrez les payer.



### Prochaines étapes

- Votre employeur remplira et nous enverra une **Déclaration du promoteur du régime**.
- Nous commencerons notre évaluation quand nous aurons reçu la **Déclaration du promoteur du régime** de votre employeur, votre **Déclaration du participant** et la **Déclaration du médecin traitant**.
- Nous communiquerons avec vous à propos des prochaines étapes. Quand nous avons en main les trois formulaires, nous vous répondons dans les 5 jours ouvrables.



### N'oubliez pas :

#### **Pour la Déclaration du participant :**

- ✓ Répondez bien à toutes les questions pour nous fournir tous les renseignements requis pour l'évaluation votre absence. Vous éviterez ainsi les retards.
- ✓ Assurez-vous de l'exactitude de toutes les dates que vous fournissez (par exemple, date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler ou date de votre accident). Ces renseignements sont déterminants pour notre évaluation.
- ✓ Demandez à votre employeur de vous indiquer les dates limites pour nous envoyer le formulaire.
- ✓ Incluez votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant. Si vous n'êtes pas certain de ces numéros, communiquez avec le gestionnaire du régime.

#### **Pour la Déclaration du médecin traitant :**

- ✓ Signez et datez la section 1 du formulaire.
- ✓ Incluez votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant. Si vous n'êtes pas certain de ces numéros, communiquez avec le gestionnaire du régime.



## Qui fait quoi



Nous fournirons des services d'évaluation, de gestion de dossiers ou de recommandation selon l'option choisie par le promoteur.



Pour les services d'évaluation et de gestion de dossiers, nous examinons les raisons médicales de votre absence. Ensuite, nous indiquons à votre promoteur si les renseignements médicaux justifient votre absence.



Votre promoteur fournit le programme de gestion du maintien du salaire. Il décide de maintenir ou non votre salaire pendant votre arrêt de travail.

### Termes que nous utilisons dans ce guide

**Gestionnaire de régime.** C'est la personne responsable des questions liées aux ressources humaines dans votre milieu de travail.

Selon la taille de votre entreprise, ce pourrait être une équipe.

**Promoteur du régime.** C'est habituellement votre employeur. Ce peut être aussi un syndical ou une organisation qui offre un régime collectif à ses employés ou à ses membres.

## La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life. PDF5337 05-23 ri-cd



### 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.


4. Votre état est-il lié à une grossesse?  Non  Oui

Date (jj-mm-aaaa)

Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement.

Veuillez décrire les complications, le cas échéant.


Date (jj-mm-aaaa)

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

6. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer.


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


8. 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.

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

9. Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi?   Temps plein  
 Temps partiel
10. Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions qui suivent.
- 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 Invalidité attribuable à un accident

1. Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?
- Non Dans la négative, passez à la section suivante «Déclaration et autorisation».
- 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 exerchez vos fonctions pour l'employeur?  Oui  Non 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 Déclaration et autorisation

Vous devez également remplir et signer la section sur l'autorisation du participant dans la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité.

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie («la Sun Life») peut enquêter sur mon/mes absence(s) du travail. J'autorise la Sun Life à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements nécessaires à la gestion administrative et à l'évaluation de mon/mes absence(s) du travail dans le cadre du programme de maintien du salaire et de congés de maladie du promoteur du régime (le «programme») à toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents relativement à mon/mes absence(s) du travail, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et, au besoin, le promoteur de mon régime. Je conviens que la Sun Life et le promoteur du régime peuvent échanger de l'information financière se rapportant à mon/mes absence(s) du travail aux fins de la gestion du programme. Je reconnais que les renseignements à mon sujet qui ont trait à mon/mes absences du travail pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

J'autorise la Sun Life à recueillir auprès du promoteur du régime des renseignements contenus dans ses dossiers (y compris tout renseignement relatif au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends) ayant trait à mon/mes absence(s), à en discuter avec lui et à les utiliser aux fins indiquées dans le paragraphe ci-dessus.

J'autorise également la Sun Life et le promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à se communiquer toute information supplémentaire à mon sujet ayant trait à mon/mes absence(s) du travail qui ne figure pas dans les dossiers du promoteur du régime, à l'exclusion des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, aux fins indiquées ci-dessus ainsi qu'à des fins de planification et de gestion de mon programme de réadaptation et de retour au travail.

J'autorise également la Sun Life et les conseillers médicaux du promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à se communiquer toute information supplémentaire à mon sujet ayant trait à mon/mes absence(s) du travail qui ne figure pas dans les dossiers du promoteur du régime, y compris des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, aux fins indiquées ci-dessus ainsi qu'à des fins de planification et de gestion de mon programme de réadaptation et de retour au travail.

Enfin, j'autorise la Sun Life, le promoteur du régime et leurs conseillers médicaux à recueillir, à utiliser et à se communiquer des renseignements à mon sujet qui ont trait à mon/mes absence(s) du travail, y compris des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, en vue de faciliter le règlement de tout litige ou de toute poursuite judiciaire (menace de poursuite ou poursuite réelle) concernant mon/mes absence(s) du travail que je pourrais engager contre le promoteur du régime.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la durée de mon/mes absence(s) du travail ou du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant mon/mes absence(s) du travail, mais que, aux fins de vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.


*Toute référence à la Sun Life ou au promoteur du régime comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs. Toute référence à des conseillers médicaux comprend les conseillers en santé au travail.*


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


**Veillez informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et le promoteur du régime de la date prévue de votre retour au travail.**

## 6 Comment soumettre vos formulaires complétés

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 Financière 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 du Canada, compagnie d'assurance-vie 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

## 7 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)																				
<p>Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom du médicament</th> <th>Posologie (mg)</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____	5. _____	_____	_____	<p>Indiquez vos :</p> <p>Taille : _____</p> <p>Poids : _____</p> <p>Main dominante : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/></p>
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence																				
1. _____	_____	_____																				
2. _____	_____	_____																				
3. _____	_____	_____																				
4. _____	_____	_____																				
5. _____	_____	_____																				
<p>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></p>																						
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"/>																						

La condition est-elle attribuable :

à une maladie professionnelle? Oui  Non

à un accident du travail? Oui  Non

à un accident de la route? Oui  Non

à un autre type d'accident? Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui  Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande?

(autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) \_\_\_\_\_

Date de votre première consultation avec le patient  
relativement à cette condition (jj-mm-aaaa)

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la  
condition (jj-mm-aaaa)

**Traitement**

Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la **Partie 1**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : Hebdomadaire  Mensuelle  Autre  (préciser) \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui  Non  Je ne sais pas

Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Fournisseur du traitement : \_\_\_\_\_

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui  Non

Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

**Réponse au traitement**

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?



Réponse complète  Réponse partielle  Aucune réponse  Trop tôt pour se prononcer

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<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. _____	_____	
	<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>	
<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