

LISTE DE VÉRIFICATION
Demande de prestations d'assurance-invalidité

Votre demande de prestations d'assurance-invalidité est composée de **4 formulaires**. Ils doivent **tous** être remplis.

Utilisez la liste de vérification suivante pour ne rien oublier. Nous éviterons ainsi tout retard dans l'évaluation de votre demande :

<p>1. Remplissez le formulaire <i>Déclaration de l'employé</i> 490L-M-12500-F-04-19 (G6318-F).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondez à toutes les questions du formulaire. • Joignez un chèque personnalisé portant la mention « NUL » et votre nom préimprimé. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Demandez à votre supérieur/gestionnaire de remplir le formulaire <i>Déclaration de l'employeur</i> 4841-F-04-19. Assurez-vous qu'il y a joint :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Votre description de tâches actuelles. ○ Les relevés de vos congés des 12 derniers mois, y compris une explication des codes de congé et le solde actuel de vos congés maladie. • Veillez à ce qu'on envoie une copie du formulaire au Centre des services de paye de la fonction publique ou aux services de rémunération de votre ministère et qu'on demande au conseiller en rémunération de remplir son formulaire. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Assurez-vous qu'on envoie le formulaire <i>Déclaration de l'employeur à remplir par le conseiller en rémunération</i> 4811-F-04-19 à la Sun Life.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Demandez à votre médecin de remplir <u>un</u> des trois formulaires <i>Questionnaire du médecin traitant</i> suivants :</p> <p>490L-P-12500-MSK-F-08-18 (G6785-F) pour les troubles musculo-squelettiques, 490L-P-12500-MHC-F-04-19 (G6784-F) pour les troubles mentaux ou 490L-P-12500-GEN-F-08-18 (G6783-F) pour tous les autres troubles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous que votre médecin y a joint : <ul style="list-style-type: none"> ○ ses notes cliniques à partir du début de l'arrêt de travail; ○ tous les résultats de tests existants; ○ tous les rapports de consultation et d'évaluation des spécialistes que vous avez rencontrés, si c'est le cas. • Assurez-vous que votre médecin répond à toutes les questions du formulaire (doit indiquer un diagnostic, les symptômes invalidants, un plan de traitement et un pronostic). 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Vous devez envoyer tous les renseignements ci-dessus à la Sun Life de **6 à 8 semaines** avant le début de l'indemnisation.

NOTE : VOUS DEVEZ ENVOYER TOUS LES FORMULAIRES PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Bureau de gestion invalidité groupe de Montréal
Régime d'assurance-invalidité de la fonction publique fédérale
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C.P. 12500, succursale CV
Montréal (Québec)
H3C 5T6

Télécopie sécurisée : 1-866-639-7849

Nous commencerons l'évaluation de votre demande seulement lorsque nous aurons reçu les **4 formulaires** énumérés ci-dessus. Nous prendrons une décision dans les **10 jours ouvrables**. À la fin de l'évaluation, nous vous communiquerons l'une des trois décisions suivantes :

- Demande approuvée
- Demande refusée
- Demande en suspens – en attente de renseignements additionnels

IMPORTANT : Qu'arrive-t-il s'il manque des renseignements ou si les renseignements fournis sont insuffisants? Nous ne pourrons pas prendre de décision jusqu'à ce que nous recevions les renseignements manquants pour terminer l'évaluation.

Visitez le site www.sunlife.ca/ai pour en savoir plus sur la façon de présenter une demande de prestations d'assurance-invalidité (**consultez le guide de présentation des demandes de règlement de l'employé**) et pour accéder aux formulaires.