

Déclaration du promoteur du régime

Demande de prestations d'invalidité de courte durée



La Sun Life s'engage à respecter la confidentialité des renseignements personnels des participants.

Les renseignements contenus dans la Déclaration du promoteur du régime sont utilisés pour évaluer l'absence du travail du participant.

Cette déclaration fait partie du dossier invalidité du participant. Nous la transmettrons au participant s'il demande l'accès à son dossier.

1 Renseignements sur le participant

Pour procéder à l'étude de la présente demande, la Sun Life doit avoir en main la Déclaration du participant, la Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité et le présent formulaire dûment remplis. Pour éviter tout retard, veuillez remplir le formulaire au complet.

Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Titre du poste/Profession habituelle			

2 Renseignements sur le promoteur du régime

Veuillez également présenter le formulaire Invalidité – Questionnaire sur les exigences du travail s'il est prévu que le participant s'absentera pendant quatre semaines ou plus.

Numéro de contrat	Subd./Catégorie	Numéro de participant	Numéro de division/d'unité de facturation
Nom de l'entreprise			
Adresse (numéro et rue)			
Ville			Province Code postal
Personne-ressource			
Numéro de téléphone de la personne-ressource	Poste	Adresse électronique	

3 Renseignements sur l'emploi

La présente section porte sur l'emploi du participant et sur sa couverture. Cette section devrait être remplie par la personne qui connaît le mieux ces détails (par exemple, le responsable de la paie ou le gestionnaire du régime).

Dates correspondant à l'absence du travail du participant en raison de son invalidité.

Date d'entrée au service de l'entreprise (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail à temps plein (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail à des tâches modifiées (s'il y a lieu) (jj-mm-aaaa)
---	--	---

Le participant a-t-il été licencié? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser la date.

Date (jj-mm-aaaa)

3 Renseignements sur l'emploi (suite)

Autant que vous sachiez, indiquez les raisons de l'arrêt de travail.

Date du retour au travail à temps plein (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail à des tâches modifiées (jj-mm-aaaa)		
S'il y a lieu, veuillez décrire les aménagements effectués.			
Catégorie d'emploi (cocher l'une des cases de chaque rangée)			
<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Salarié horaire	<input type="checkbox"/> Syndiqué
<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Contractuel	<input type="checkbox"/> Salarié non horaire	
	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Rémunéré à la commission	
	<input type="checkbox"/> Saisonnier		
Précisez le nombre d'heures par semaine. _____			

Le participant est-il appelé à travailler par quarts? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez décrire le programme de roulement pour les trois mois qui ont précédé la date de l'invalidité et pour la période d'invalidité faisant l'objet de la présente demande.

4 Renseignements sur la couverture

Date d'effet de la couverture Invalidité de courte durée du participant auprès de la Sun Life (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture Invalidité de longue durée du participant auprès de la Sun Life (jj-mm-aaaa)
La couverture était-elle en vigueur au dernier jour de travail du participant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans la négative, indiquer la date et le motif (ex. : mise à pied).	

5 Revenus et avantages

Salaire de base du participant au dernier jour de travail \$ par semaine		Diminué de l'impôt fédéral/provincial sur le revenu \$	
Date d'entrée en vigueur de ce salaire (jj-mm-aaaa)		Date du dernier versement du salaire (jj-mm-aaaa)	
Montant des commissions reçues en moyenne par mois pendant les 24 derniers mois. \$		Veuillez fournir une copie des feuillets fiscaux établis au cours des deux dernières années si le participant est rémunéré à la commission.	
Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier feuillet TD-1 du gouvernement fédéral \$	Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier feuillet TP-1015-3V (résidents du Québec seulement) \$	Numéro d'assurance sociale	

1. Le régime qui couvre le participant est-il imposable? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir ci-dessus le numéro d'assurance sociale du participant en vue de l'établissement des feuillets fiscaux appropriés.

5 Revenus et avantages (suite)

2. Au dernier jour de travail, quelle province d'emploi utilisiez-vous pour les retenues sur la paie de ce participant?
- Veillez indiquer les retenues effectuées depuis le début de l'année pour ce qui suit :

RPC de l'employé	\$	Deuxième RPC de l'employé	\$	AE	\$
RRQ de l'employé	\$	Deuxième RRQ de l'employé	\$	RQAP	\$

Si le participant est exempté de l'impôt sur le revenu, du versement des cotisations au RPC/RRQ, à l'AE/au RQAP, veuillez fournir les documents attestant cette exemption.

3. Le participant avait-il prévu prendre des jours de vacances après son dernier jour de travail? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de jours. _____

4. Le participant a-t-il droit à des congés de maladie qui n'ont pas été pris? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de jours. _____

5. Quel revenu versez-vous au participant pendant son absence, le cas échéant? Veuillez préciser la date et le montant des versements.

Pendant combien de temps lui verserez-vous ce revenu?

--

Le participant touche-t-il (ou touchera-t-il) une rente du régime de retraite de votre entreprise pendant son invalidité?

--

6. Le participant a-t-il droit à des prestations d'autre provenance (ex. : CAT/CSPAAT/CSST/RRQ/RPC)?

Non Oui Dans l'affirmative, précisez lesquelles.

À compter de quelle date?

Date (jj-mm-aaaa)

7. Si l'invalidité est reliée à une grossesse, la participante a-t-elle pris (ou prendra-t-elle) un congé de maternité? Non Oui

Date de début du congé de maternité

Date (jj-mm-aaaa)

Date de fin du congé de maternité

Date (jj-mm-aaaa)

5 Revenus et avantages (suite)

8. Serait-il possible de modifier ses fonctions? Non Oui

Cette possibilité lui a-t-elle été offerte? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser (temps partiel ou temps plein, fonctions modifiées).

Le participant a-t-il accepté les tâches modifiées, le cas échéant? Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser ci-dessous.

6 Déclaration

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

Nom de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	Prénom
Poste	
Signataire autorisé X	Date (jj-mm-aaaa)
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement venant appuyer la demande de règlement du participant, par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life, qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée.

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

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.