

Demande de prestations d'assurance-invalidité

Déclaration de l'employeur à remplir par le conseiller à la rémunération

Contrat n° 12500-G

PROTÉGÉ une fois rempli. This form is also available in English.

Veillez lire toutes les instructions et toute l'information et vous assurer que les renseignements inscrits dans chaque section sont complets et véridiques, sans quoi le formulaire vous sera retourné.

Ce formulaire demande des renseignements sur l'emploi de l'employé et sur sa couverture. Il doit être rempli par l'agent des ressources humaines ou le conseiller à la rémunération.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée la Sun Life) doit recevoir le présent formulaire, la Déclaration de l'employeur à remplir par le supérieur immédiat ou le gestionnaire de l'employé, la déclaration de l'employé et le Questionnaire du médecin traitant avant de procéder à l'évaluation de la demande de prestations. Pour éviter tout retard, veuillez remplir le formulaire au complet et le présenter préférablement par télécopieur ou par courrier au moins 60 jours avant l'expiration du délai de carence, mais pas plus de 90 jours après. Si le formulaire de demande de prestations est présenté plus de 90 jours après l'expiration du délai de carence et que cela empêche la Sun Life d'évaluer la demande, l'employé pourrait ne pas avoir droit à des prestations au titre du Régime d'assurance-invalidité. Reportez-vous aux directives de présentation à la fin du formulaire.

La Sun Life doit être informé sans délai du retour au travail de l'employé afin d'éviter le versement excédentaire de prestations.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ET L'ASSURANCE (à remplir par le conseiller à la rémunération ou le conseiller RH)

Renseignements sur l'employeur

Nom du ministère ou organisme				
Bureau de la paie	Code alpha du ministère	Feuille de paie	D'unité de négociation (IUN) Code d'indicateur	Classification, groupe et niveau

Renseignements sur l'employé

Prénom	Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec, s'il y a lieu)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone (domicile)	Autre numéro de téléphone	
Numéro de pension	Numéro de certificat CG-	

Renseignements sur la couverture

Dernière date d'entrée au service de la fonction publique fédérale (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture d'assurance-invalidité (jj-mm-aaaa)
A-t-on déjà mis fin à la couverture d'assurance? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, inscrire la date et la raison de la cessation de l'assurance ainsi que la date de sa remise en vigueur, le cas échéant.

Renseignements sur les revenus et les avantages (Si la question n'est pas pertinente, indiquez S. O. dans l'espace réservé à la réponse.)

1. Veuillez donner des détails sur le salaire et les avantages en vigueur le dernier jour du délai de carence. (Utilisez un taux proportionnel dans le cas d'un employé à temps partiel.)

Taux de rémunération autorisé	Taux	Salaire annuel
	\$ par	\$
Avantages garantis [précisez le type]	Taux	
	\$ par	\$
	\$ par	\$
	\$ par	\$
Taux Total		\$

2. Quel est le salaire annuel rajusté total? (Si le salaire total n'est pas un multiple de 250 \$, arrondissez-le au prochain multiple de 250 \$.)

 \$

3. Quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt fédéral sur le revenu inscrites sur le dernier formulaire TD1? (Pour les résidents du Québec, utilisez le dernier formulaire TPD1.)

 \$

4. Pour les résidents du Québec, quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt provincial sur le revenu inscrites sur le formulaire MR19?

 \$

5. a) Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, quel serait le nombre d'heures à temps plein?

- b) Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, quel serait son salaire à temps plein?

 \$
Déclaration

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets et devraient être envoyés par la poste à :

Prénom de l'agent des ressources humaines ou du conseiller à la rémunération		Nom de famille		Titre	
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville				Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse électronique			
Signature X				Date (jj-mm-aaaa)	

Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer ce formulaire, ainsi que tout autre renseignement que vous voudriez présenter à l'appui de la demande de l'employé, par télécopieur, en toute confidentialité, au numéro indiqué ci-dessous. Vous pouvez aussi envoyer les documents par la poste au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de Montréal. Il n'est pas nécessaire d'envoyer par la poste les renseignements qui ont été envoyés par télécopieur. Veuillez conserver les documents originaux pour vos dossiers.

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

Télec. : 1-866-639-7849

Protection des renseignements personnels

Les renseignements obtenus sont en tout temps protégés aux termes des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRDE)*.