

Demande de prestations d'assurance-invalidité

Déclaration de l'employé

Contrat n° 12500-G



La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Renseignements sur le participant

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de prestations, veuillez remplir le formulaire au complet et le présenter par télécopieur ou par courriel, de préférence 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, vous pourriez ne pas avoir droit à des prestations au titre du régime d'assurance-invalidité.**

Veuillez vous reporter aux directives à la section «Comment soumettre vos formulaires complétés» à la fin du formulaire pour soumettre votre demande. Nous devons également recevoir la Déclaration du conseiller à la rémunération, la Déclaration de l'employeur et le Questionnaire du médecin traitant au cours de la même période. **Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont à votre charge.**

Les prestations d'invalidité versées au titre de l'assurance invalidité de longue durée sont imposables. Par conséquent, le numéro d'assurance sociale doit être fourni en vue de l'établissement des feuillets fiscaux appropriés.

Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement	
Ville		Province	Code postal
Titre du poste		Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone (domicile)	Autre numéro de téléphone	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Quelle était votre province de résidence quand votre couverture au titre de ce régime a pris effet?

--

Si vous souhaitez que la Sun Life vous envoie des courriels, veuillez fournir votre adresse électronique ci-dessous. En nous donnant votre adresse électronique, vous consentez à ce que la Sun Life communique avec vous à cette adresse et vous reconnaissez que la sécurité des courriers électroniques ne peut être garantie.

Adresse électronique

2 Renseignements sur l'employeur

Numéro de certificat CG	Nom du ministère ou organisme		
Nom et titre du supérieur immédiat	Numéro de téléphone du supérieur immédiat	Poste	
Adresse électronique du supérieur immédiat			

Communication par téléphone

Lorsque votre demande de prestations parviendra à la Sun Life, il se peut que vous receviez un appel de la personne chargée d'évaluer votre demande. Vous pourrez profiter de l'occasion pour clarifier toute question liée à votre demande. (Remarque : Il peut être déterminé qu'un appel n'est pas nécessaire.)

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement.

2. Décrivez la façon dont la maladie ou la blessure s'est manifestée.

3. Date d'apparition des premiers symptômes?

Date (jj-mm-aaaa)

4. 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)

5a. Quelle est la date de votre première consultation d'un médecin pour cette maladie ou blessure?

5b. Si vous avez tardé à chercher un traitement, veuillez en expliquer les raisons.

Date (jj-mm-aaaa)

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

7. Si vous demeurez effectivement au travail selon un horaire réduit en raison d'une maladie ou d'une blessure, veuillez indiquer la date d'effet de l'horaire de travail réduit.

Date (jj-mm-aaaa)

8. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, régime, conseils du médecin, physiothérapie, etc.)?

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

9. Veuillez indiquer 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. **Veillez nous fournir les résultats d'examens et d'enquêtes, ainsi que les comptes-rendus de médecins ou de spécialistes que vous avez.** Si vous avez subi des tests génétiques, nous vous prions de ne pas joindre les résultats de ces tests au présent formulaire étant donné qu'ils ne sont pas requis aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

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

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)

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 maladie ou blessure est-elle le résultat d'un accident autre qu'un accident du travail?

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 exerchez vos fonctions pour l'employeur?

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

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	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 s'il a été mis fin au service de vos prestations, 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?

Non Oui Dans l'affirmative, à quelle date avez-vous présenté votre demande? Date (jj-mm-aaaa)

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

7 Prestations du RRQ/RPC (suite)

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

En attente d'une décision

Approuvée Veuillez inclure une copie des documents relatifs aux prestations du RPC/RRQ.

Date (jj-mm-aaaa)

Date d'effet de la prestation :

Prestation mensuelle :

\$

Refusée Veuillez joindre une copie de la lettre de refus.

Avez-vous appelé de cette décision?

Date (jj-mm-aaaa)

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

Veuillez fournir tout renseignement complémentaire au sujet de votre demande/demande d'appel.

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 longue 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 (assurance-créance, 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"/>	\$	
Loi sur la pension de la fonction publique (LPPF)		<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.

9 Retour au travail (suite)

1. 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

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

Avez-vous repris : Temps plein Temps partiel

Date (jj-mm-aaaa)

Temps plein

Temps partiel

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

Date (jj-mm-aaaa)

Temps plein

Temps partiel

3. Quand prévoyez-vous être en mesure d'exercer un autre emploi?

4. Avez-vous discuté avec votre médecin de la possibilité que vous retourniez au travail? Non Oui

Si oui, veuillez préciser en indiquant par exemple les modifications ou restrictions recommandées par rapport au type de travail que vous pourriez faire.

5. 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?

6. Avez-vous exercé quelque activité rémunérée que ce soit depuis le début de votre invalidité? Non Oui

Si oui, veuillez donner des précisions.

7. Indiquez les tâches de votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer en raison de votre maladie ou de votre blessure.

8. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes capable d'effectuer.

10 Études et formation

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

Veuillez indiquer tout certificat/diplôme que vous détenez.

--

10 Études et formation (suite)

2. 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.)

--	--

3. 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.)

Vos prestations d'invalidité seront portées directement 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.**

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.

Ce chèque spécimen indique les renseignements que vous devez fournir.

Remarques :

Le numéro de succursale/de transit comporte généralement 4-5 chiffres.

Le numéro de la banque/de l'institution financière comporte toujours 3 chiffres :

BMO 001
Banque Scotia 002
RBC 003
TD 004
CIBC 010

Le numéro de compte peut comporter jusqu'à 12 chiffres.

The diagram shows a check specimen with a large 'NUL' watermark. The check includes the following fields:

- Payee: JEAN TREMBLAY, 123 RUE UNETELLE, VILLE, PROVINCE H1A 1A3
- Date: A A A A M M J J
- Amount: \$ [] 100 DOLLARS
- Bank/Institution: INSTITUTION FINANCIERE, 789 UNETELLE, VILLE, PROVINCE H1M 1A4
- Account Number: 1234 56 7

Below the check, a diagram breaks down the MICR line into its components:

- 012: Numéro du chèque
- 01234: N° de succursale (transit)
- 001: N° de la banque (institution financière)
- 1234 56 7: N° de compte

12 Déclaration et autorisation

Les demandes de règlement frauduleuses coûtent cher à tous les participants de programmes de garanties collectives. En qualité de gestionnaire du régime, nous pouvons vérifier si les renseignements fournis à l'appui de votre demande de règlement sont exacts.

Vous devez également remplir et signer la section sur l'autorisation du participant dans le Questionnaire du médecin traitant. 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 ma demande de règlement. J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir et à utiliser les renseignements nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime, et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents au sujet de ma demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et, au besoin, le promoteur de mon régime. Je conviens que la Sun Life et le promoteur de mon régime peuvent échanger de l'information financière se rapportant à ma demande de règlement aux fins de la gestion du régime. Je reconnais que les renseignements à mon sujet qui ont trait à ma demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

J'autorise également la Sun Life et le promoteur du régime ainsi que leurs conseillers médicaux à recueillir, à utiliser et à se communiquer des renseignements à mon sujet qui ont trait à ma demande de règlement, 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.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou abus des garanties en ce qui touche ma demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life peut recueillir et utiliser les renseignements à mon sujet qui ont trait à ma demande de règlement et les communiquer à tout organisme pertinent, y compris le promoteur du régime, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements me concernant soient, à cette fin, recueillis, utilisés et communiqués à toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, le promoteur du régime.

Je conviens que mon consentement est valide pendant la période d'indemnisation mais, qu'aux fins de la vérification, il est 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 du Canada, compagnie d'assurance-vie ou au promoteur 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 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 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.



Vous pouvez envoyer les formulaires de demande de prestations d'assurance-invalidité directement à la Financière Sun Life par courriel. Pour vous prévaloir de cette option, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse reglementinvalidite@sunlife.com. Veuillez noter que même si la Financière Sun Life utilise des moyens raisonnables pour protéger les documents qu'elle envoie et reçoit par courriel, elle ne peut pas garantir la protection et la confidentialité des documents acheminés ou reçus de cette façon.



Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur 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 nous faites parvenir le présent formulaire par la poste, veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

Télec. : 1-866-639-7849

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

14 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.