

# Mise à jour du participant – Prestations d'invalidité de longue durée (anciennement, formulaire de confirmation de la continuation de l'invalidité totale)

Vous devez remplir le présent formulaire pour nous tenir au courant de votre situation d'emploi, de votre état de santé et de toute autre source de revenu que vous touchez. Veuillez à ce que ces renseignements nous parviennent dans les plus brefs délais afin d'éviter l'interruption du versement de vos prestations. Il vous incombe de communiquer immédiatement tout changement à notre bureau pour que nous puissions passer en revue votre demande et apporter les rajustements nécessaires, le cas échéant.

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

## 1 Renseignements sur le participant

Veillez remplir la présente section en entier, même si les renseignements qui vous concernent demeurent inchangés, pour faire en sorte que nos dossiers soient à jour.

Numéro de contrôle		Numéro de contrat		Numéro de participant		Date de naissance (jj-mm-aaaa)			
Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)		Prénom							
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone		Adresse électronique					
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau		Ville		Province		Code postal

## 2 Renseignements sur votre emploi actuel ou votre nouvelle formation

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. Actuellement, est-ce que vous : travaillez?  Non  Oui suivez une nouvelle formation?  Non  Oui faites du bénévolat?  Non  Oui

Veillez donner des précisions.

## 3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

Votre état de santé actuel s'est-il amélioré?  Non  Oui

Nom de votre médecin		Prénom	
Numéro de téléphone		Avez-vous consulté votre médecin/un spécialiste au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de fois? _____	

## 4 Renseignements sur la rente de retraite

Veillez noter qu'une rente de retraite peut inclure un montant forfaitaire différé ou immobilisé qui a été approuvé par votre employeur ou au titre du régime de retraite.

Avez-vous communiqué avec votre employeur pour vérifier si une rente pourrait vous être versée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous présenté une demande de rente de retraite? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Dans l'affirmative, indiquez le type de rente ayant été approuvée : <input type="checkbox"/> Rente de retraite pour des raisons médicales <input type="checkbox"/> Rente de retraite normale <input type="checkbox"/> Autre (c.-à-d. à paiement différé) _____	
Date d'effet (jj-mm-aaaa) — —	
Si votre demande a été approuvée, veuillez indiquer le montant de la rente \$ <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> montant forfaitaire	
Votre demande a-t-elle été refusée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Date (jj-mm-aaaa) — —	

## 5 Confirmation de tous les autres revenus que vous touchez actuellement

La garantie Invalidité de longue durée de votre régime collectif prévoit que les autres revenus auxquels vous avez droit pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure, comme les prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, les prestations prévues par la loi sur les accidents du travail ainsi que les revenus provenant d'une activité rétribuée ou les prestations provenant d'un régime de retraite, peuvent être déduits des prestations d'invalidité versées au titre du régime collectif.

Veillez indiquer tout autre revenu que vous touchez actuellement :

**Prestations d'une commission des accidents du travail**  Non  Oui

Numéro de la demande de la CSST/CAT/CSPAAT.	Montant mensuel	\$	Date d'effet (jj-mm-aaaa)	-	-
---	-----------------	----	---------------------------	---	---

**Prestations du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec (RRQ/RPC)**  Non  Oui

<input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/> Rente de retraite	Montant mensuel	\$	Date d'effet (jj-mm-aaaa)	-	-
		Montant de personne à charge	\$	Date d'effet (jj-mm-aaaa)	-	-

**Tout autre revenu** (ex. : prestations provenant d'autres compagnies d'assurance ou résultant d'une action en justice, etc.)  Non  Oui

Veillez préciser dans chaque cas la provenance, le montant des prestations et la date à partir de laquelle elles seront versées	

## 6 Autorisation de communiquer avec une autre personne

Si nous ne sommes pas en mesure de communiquer avec vous, nous autorisez-vous à communiquer avec une autre personne? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom		Prénom		Lien avec le participant	
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone (domicile)	
				- -	

## 7 Déclaration du participant (procuration/fondé de pouvoir relatif aux biens)

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

Je comprends 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 reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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.

Signature du participant/fondé de pouvoir X	Date (jj-mm-aaaa) - - 20
--	-----------------------------

## 7 Déclaration du participant (procuration/fondé de pouvoir relatif aux biens) (suite)

Si vous agissez à titre de fondé de pouvoir et que vous avez rempli et signé le présent formulaire au nom du participant, veuillez remplir la section suivante.

Nom		Prénom		Lien avec le participant	
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province	Code postal	
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone		Adresse électronique	
Déterminez-vous une procuration vous autorisant à agir au nom du participant? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, avez-vous fourni les documents à l'appui? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans la négative, veuillez les joindre au présent formulaire					
Si vous n'avez pas de procuration, veuillez indiquer la raison pour laquelle vous remplissez le présent formulaire.					

**Veuillez envoyer par télécopieur ou par la poste au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie qui assure la gestion de votre demande de règlement. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous nous envoyez par télécopieur.**

**Montréal :**  
**Téloc. : 1-866-639-7846**  
C. P. 11037, succ. CV  
Montréal QC H3C 4W8

**Kitchener - Waterloo :**  
**Téloc. : 1-866-209-7215**  
C. P. 100, succ. C  
Kitchener ON N2G 3W9

**Montréal - Contrat numéro 12500**  
**Téloc. : 1-866-639-7849**  
1155, rue Metcalfe  
C. P. 12500, succ. CV  
Montréal QC H3C 5T6

## 8 Protection des renseignements personnels

Nous sommes responsables de tous les renseignements personnels que nous possédons, y compris ceux qui ont été communiqués à un mandataire ou à un tiers fournisseur de services pour nous permettre de fournir au participant un produit ou un service. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs, et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Tous ces intervenants, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à nos principes directeurs et marches à suivre en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivee@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivee@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).