

# Demande de prestations d'assurance-invalidité

## Déclaration de l'employeur

### à remplir par le supérieur immédiat ou le gestionnaire de l'employé

#### Contrat n° 12500-G

*PROTÉGÉ une fois rempli.* This form is 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.

Le présent formulaire porte sur les tâches spécifiques de l'employé. Il doit être rempli par le supérieur immédiat ou le gestionnaire de l'employé. Veuillez joindre une description de tâches actuelle.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée Sun Life) doit recevoir ce formulaire, la Déclaration du conseiller en rémunération, la Déclaration de l'employé et le Questionnaire du médecin traitant avant d'évaluer la demande de prestations. Pour éviter tout retard, veuillez remplir le formulaire au complet et le présenter 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'INVALIDITÉ ET LES TÂCHES DE L'EMPLOYÉ

(section à remplir par le supérieur immédiat ou le gestionnaire de l'employé)

##### Information sur l'employé

Prénom	Nom de famille		Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Nom du ministère ou organisme			Code alpha du ministère

##### Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation

Un grand nombre d'employés atteints d'invalidité pourraient travailler de façon productive s'ils recevaient de l'aide et des encouragements en vue de retourner au travail.

Quand la Sun Life estime que le demandeur est un bon candidat pour une réadaptation professionnelle, un conseiller en réadaptation de la Sun Life communique avec le ministère où travaille l'employé pour repérer des possibilités en vue du retour au travail de l'employé. Le Conseil de gestion du régime d'assurance-invalidité et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, au nom du titulaire du contrat, appuient énergiquement la réadaptation professionnelle et les efforts des ministères, des agences et de la Sun Life visant le retour au travail des employés aptes à occuper un emploi productif.

Veillez indiquer le nom du représentant du ministère ou de l'agence avec qui l'assureur devrait communiquer lorsque le demandeur semble être un bon candidat pour la réadaptation professionnelle.

Prénom	Nom de famille	Titre	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse électronique	

## Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation (suite)

jj-mm-aaaa

1. Quand la maladie ou blessure de l'employé a-t-elle commencé à lui nuire dans l'exercice de ses fonctions?
2. D'après ce que vous avez observé, la capacité de l'employé de s'acquitter de ses fonctions a-t-elle été touchée?  Non  Oui  
Si oui, veuillez donner des précisions.
3. A-t-on modifié les tâches de l'employé en raison de sa maladie ou blessure?  Non  Oui Si oui, veuillez donner des précisions.
4. Si l'employé pouvait retourner au travail selon un horaire réduit ou moyennant une modification de ses tâches, auriez-vous un poste à lui confier?  
 Non  Oui Si oui, veuillez donner des précisions.

## Renseignements sur l'emploi

1. Situation d'emploi à la date la plus récente à laquelle l'employé a été engagé (cochez une case) **Temps plein** **Temps partiel**
- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Durée indéterminée                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Période de 6 mois ou moins        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Période de plus de 6 mois         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emploi saisonnier                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre (veuillez préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. Lieu de travail  Bureau  Domicile  Ailleurs (expliquez ci-dessous)
3. Dernier jour effectivement au travail, avant le début de l'invalidité
4. Si l'employé demeure effectivement au travail selon un horaire réduit en raison d'une maladie, veuillez indiquer la date d'effet de l'horaire de travail réduit.
5. Poste occupé par l'employé le dernier jour où il était effectivement au travail
- Veuillez joindre la description de tâches actuelle de l'employé.
6. L'employé exerçait-il des tâches modifiées avant de cesser de travailler à temps plein? Veuillez décrire les aménagements effectués, s'il y a lieu.
7. Date de la nomination de l'employé à ce poste
8. a) Combien d'heures l'employé devait-il normalement travailler par semaine dans le cadre du poste d'attache?
- b) Quand ces heures de travail ont-elles été autorisées?
9. Si le poste ou l'affectation de l'employé a changé au cours des 12 mois précédant sa dernière journée de travail, énumérez les affectations ou les postes antérieurs. De plus, veuillez indiquer les raisons de ces changements et leurs dates d'entrée en vigueur.

## Renseignements sur l'emploi (suite)

10. a) L'employé s'est-il absenté du travail pour des raisons de santé?  Non  Oui

b) Si l'employé est absent du travail pour toute autre raison que la maladie ou l'invalidité (p. ex., congé de maternité), veuillez préciser.

jj-mm-aaaa

11. L'employé était-il en congé sans solde avant le début de l'invalidité?  Non  Oui Si oui, depuis quand?

jj-mm-aaaa

12. a) A-t-on mis fin à l'emploi de l'employé de façon permanente?  Non  Oui Si oui, depuis quand?

b) Précisions

jj-mm-aaaa

13. L'employé est-il retourné au travail?  Non  Oui Si oui, depuis quand?

jj-mm-aaaa

14. Date prévue du retour au travail.

15. Le poste d'attache de l'employé est-il toujours offert?  Non  Oui Si non, veuillez expliquer

16. À votre connaissance, l'employé travaille-t-il ailleurs à l'heure actuelle?  Non  Oui Si oui, veuillez donner des précisions.

## Renseignements sur le congé (Si la question n'est pas pertinente, indiquez S. O. dans l'espace réservé à la réponse.)

1. Veuillez joindre une copie du relevé des congés de l'employé pour les 12 derniers mois, donner la description des codes et indiquer le solde de congés actuel.

2. a) L'employé avait-il des congés de maladie non utilisés le dernier jour où il était effectivement au travail? (Incluez les crédits obtenus au cours du délai de carence.)

Non  Oui Si oui, combien de jours.

b) A-t-on accordé à l'employé des jours de congé de maladie par anticipation?  Non  Oui

Si oui, combien de jours.

jj-mm-aaaa

3. Quelle est la date du dernier jour de congé de maladie payé (1a + 1b)?

4. Si l'employé n'était ou n'est pas autorisé à utiliser tous ses crédits de congé de maladie, indiquez la date à laquelle ces crédits auraient dû être épuisés et les raisons pour lesquelles l'employé n'avait ou n'a pas reçu cette autorisation?

jj-mm-aaaa

jj-mm-aaaa

5. L'employé a-t-il obtenu d'autres types de congés payés?  Non  Oui Si oui, veuillez indiquer la date.

Précisions

jj-mm-aaaa

6. Quand prendra fin le congé payé?

## Commission des accidents du travail

1. Si la maladie ou la blessure de l'employé est reliée à l'exercice de ses fonctions, a-t-il présenté une demande à la Commission des accidents du travail ou à la CNESST?

Non  Oui

## Milieu de travail et activités professionnelles

1. Dans le cadre de son travail, l'employé est-il appelé à travailler dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :

À l'extérieur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %
Dans un froid ou une chaleur intense	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %
Dans un milieu humide	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %
Dans un milieu bruyant	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %
Dans un milieu poussiéreux ou mal aéré	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %
Près de vapeurs toxiques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le temps en pourcentage	<input type="text"/> %

2. L'employé manipule-t-il des produits chimiques dans le cadre de son travail?  Non  Oui

Si oui, veuillez indiquer lesquels.


3. Lorsque l'employé remplit ses fonctions habituelles, quel pourcentage de son temps passe-t-il à soulever ou à transporter les poids ci-dessous.

	S. O.	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Plus de 22,7 kg (50 lb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 9,1 kg (20 lb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 4,5 kg (10 lb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lorsque l'employé remplit ses fonctions habituelles, quel pourcentage de son temps consacre-t-il aux activités suivantes?

	S. O.	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets placés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus haut que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la hauteur de ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus bas que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pendant combien de temps l'employé doit-il maintenir les positions ou les activités suivantes avant de pouvoir changer de position ou d'activité?

	S.O.	0 à 30 minutes	31 à 60 minutes	61 à 90 minutes	plus de 90 minutes
Travail en position assise continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail en position debout continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Milieu de travail et activités professionnelles (suite)

6. Pendant une journée de travail normale, pendant combien de temps l'employé maintient-il les positions ou activités suivantes?

	S.O.	0 à 2 heures	3 à 4 heures	5 à 6 heures	7 à 8 heures
En position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Veuillez indiquer les machines, outils ou autres appareils qu'utilise l'employé dans le cadre de ses fonctions. Vous pouvez indiquer le nombre de fois par jour qu'il les utilise ou le temps (en pourcentage) qu'il passe à s'en servir, selon la formule qui s'y prête le mieux.

Machine, outil ou autre appareil	Nombre de fois par jour OU temps en pourcentage

8. Aspects cognitifs/non physiques du travail

L'employé doit-il répondre à des plaintes?  Non  Oui

Son évaluation est-elle principalement basée sur sa production?  Non  Oui

Travaille-t-il en étroite collaboration avec des collègues?  Non  Oui

Est-il responsable de l'atteinte des objectifs de rendement et de la prise de décisions dans son service?  Non  Oui

Nombre de personnes qui relèvent de l'employé:

Quel pourcentage de son temps l'employé passe-t-il à effectuer les activités suivantes?

Parler	Écrire	Superviser d'autres employés
%	%	%

Veuillez indiquer tout autre aspect du travail qui peut être considéré comme stressant.

--

## Observations complémentaires

Veuillez fournir, en ce qui a trait à la demande de prestations, tout autre renseignement qui n'a pas été fourni précédemment et pourrait s'avérer utile.

--

## Déclaration

À ma connaissance, les renseignements fournis sur le présent formulaire sont véridiques et complets.

Prénom du superviseur immédiat		Nom de famille		Poste	
Adresse (numéro et rue)				Apartment or suite	
Ville				Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse électronique			
Signature X				Date de signature (jj-mm-aaaa)	

### Présentation de la demande de prestations (deux étapes)

1. 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 règlement 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.
2. Vous devez également envoyer une copie de ces renseignements au Centre des services de paye de la fonction publique ou les services de rémunération de votre ministère, et leur demander de remplir la déclaration de l'employeur (conseiller en rémunération) formulaire 4811-F et de la faire parvenir à la Sun Life.

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  
Téléc. : 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)*.