

Déclaration du participant

Demande de prestations d'invalidité



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

1 Renseignements sur le participant

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de prestations d'invalidité de courte durée (prestations ICD) et, s'il y a lieu, de votre demande de prestations d'invalidité de longue durée (prestations ILD), nous avons également besoin de la Déclaration du promoteur du régime et de la Déclaration du médecin traitant. **Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont à votre charge.**

Si les prestations versées au titre du régime Invalidité de courte durée ou, s'il y a lieu, du régime Invalidité de longue durée sont imposables, 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 ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Profession	Titre du poste	Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Quelle était votre province de résidence quand votre couverture au titre de ce régime a pris effet?	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

Si vous souhaitez que la Sun Life vous envoie des courriels, veuillez fournir votre adresse électronique ci-dessous. La Sun Life communiquera avec vous par courriel sécurisé.

Adresse électronique

2 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de participant	Nom de l'entreprise
Personne-ressource	Adresse électronique de la personne-ressource	Numéro de téléphone de la personne-ressource

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

Vous devez informer 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.

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et expliquer comment elle est survenue.

--

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

2. Date d'apparition des premiers symptômes?

Date (jj-mm-aaaa)

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure identique ou similaire? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates.

4. Votre état est-il lié à une grossesse? Non Oui

Date (jj-mm-aaaa)

Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement.

Veuillez décrire les complications, le cas échéant.

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

Date (jj-mm-aaaa)

6. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer.

7. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

8. Donnez 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.

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

Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examens. Si vous avez passé un test génétique, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils sont inutiles dans l'évaluation de l'invalidité.

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

9. Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi? Temps plein
 Temps partiel
10. Avez-vous déjà tenté de retourner au travail? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions qui suivent.
- Votre retour au travail a duré combien de temps? Du au
- Avez-vous repris : votre emploi un nouvel emploi ou des tâches modifiées
- Avez-vous travaillé : à temps plein à temps partiel

4 Invalidité attribuable à un accident

1. Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?

- Non Dans la négative, passez à la section suivante «Autres sources de revenu».
- 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 exerciez vos fonctions pour l'employeur?

- Non Oui Veuillez décrire la façon dont la maladie ou la blessure s'est manifestée.

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

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 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.

5 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 courte 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 (CAT/CSPAAT/CNESST/prestations d'invalidité syndicales, assurance-crédence, cartes de crédit, 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"/>	\$	
Rente d'invalidité, allocation de cessation d'emploi ou de départ à la retraite de l'employeur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Toute autre garantie invalidité prévue en cas d'accident, par une assurance groupe, par un régime d'association ou par l'État		<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"/>	\$	

6 Versement automatique de vos prestations d'invalidité

Ce service est offert moyennant l'acceptation de votre demande de règlement.

Nous vous offrons la possibilité de faire porter directement vos prestations d'invalidité 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.** Veuillez vérifier auprès du gestionnaire de votre régime si vous pouvez vous prévaloir de cette option.

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.

7 Votre autorisation

Veillez remplir et signer :

- La Déclaration du participant (le présent formulaire).
- La section 1 de la Déclaration du médecin traitant.

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Toute référence à la Sun Life ou au promoteur du régime comprend leurs propres mandataires et fournisseurs de services.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande d'ICD ou d'ILD.
- Les renseignements nécessaires pour la tarification, la gestion administrative et l'évaluation des demandes de règlement, avec les organisations concernées. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et le promoteur du régime.

J'autorise la Sun Life et le promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Des renseignements concernant les demandes de règlement pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation et mon retour au travail. Sauf les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.
- L'information financière de ma demande de règlement pour la gestion du régime.

La Sun Life et mon promoteur de régime fourniront les renseignements nécessaires concernant mes demandes de règlement pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation professionnelle et mon retour au travail.

Services de santé au travail

Si le promoteur du régime a une équipe de professionnels des services de santé au travail :

- La Sun Life et cette équipe peuvent recueillir, utiliser et échanger des renseignements pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation et mon retour au travail. Cela comprend les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.

Paie en trop

Si la Sun Life me verse un montant en trop, je l'autorise à récupérer ce montant :

- En le prélevant sur une somme qu'elle me doit dans le cadre de mon ou de mes régimes de garanties collectives.
- En recueillant, en utilisant et en échangeant des renseignements me concernant avec d'autres organisations. Cela comprend les agences de recouvrement et le promoteur du régime.

Fraude et abus des garanties

Si la Sun Life suspecte un cas de fraude ou d'abus des garanties, la Sun Life peut enquêter sur ma demande de règlement.

Pour détecter, prévenir et enquêter, la Sun Life peut recueillir, utiliser et échanger des renseignements sur ma demande de règlement avec les organisations concernées. Cela comprend le promoteur du régime, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs.

Conditions de l'autorisation

- Mon autorisation est valide pour la durée du règlement.
- Si le régime ICD ou ILD est vérifié, ma demande de règlement peut être incluse dans la vérification.
 - o Mon autorisation est valide pour la durée du régime.
- Une photocopie ou la version électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

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.

8 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.



Si vous avez accès à l'appli mobile de la Sun Life dans le cadre de votre régime, vous pouvez acheminer les formulaires dûment remplis à l'aide de la fonction «Envoyer des documents».



Vous pouvez aussi envoyer les formulaires de demande de règlement invalidité directement à la Sun Life par courriel. Dans ce cas, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse reglementinvalidite@sunlife.com. Veuillez noter qu'en dépit des moyens raisonnables que la Sun Life prend pour protéger la confidentialité des courriels qu'elle envoie et qu'elle reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.



Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui gère vos demandes de règlement, 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 ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.

Halifax :

Télé. : 1-866-639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télé. : 1-866-209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télé. : 1-866-639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Edmonton :

Télé. : 1-866-639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Toronto :

Télé. : 1-866-639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télé. : 1-866-639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

9 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe 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.