

# Contenu de la trousse de règlement ILD

## Trousse à l'intention du participant

### Comment utiliser cette trousse :

<b>À EXAMINER</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les liens ci-dessous vous permettront d'accéder au guide de présentation des demandes de règlement Invalidité de longue durée (ILD), à la Déclaration du participant et à la Déclaration du médecin traitant inclus dans la présente trousse. Le lien «Retour à la page de directives» qui se trouve dans chaque document vous ramènera à la présente page.</li><li>• Le guide de présentation des demandes de règlement ILD a été conçu pour fournir des réponses aux questions que vous pourriez avoir sur le processus de présentation des demandes de règlement.</li><li>• Lisez l'autorisation qui figure dans la Déclaration du participant et à la section 1 de la Déclaration du médecin traitant.</li></ul>
<b>À REMPLIR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous avez la possibilité d'enregistrer l'information que vous entrez dans les formulaires que contient la présente trousse.</li><li>• Remplissez la Déclaration du participant au complet.</li><li>• Remplissez la section 1 (Renseignements sur le participant) de la Déclaration du médecin traitant.</li></ul>
<b>À IMPRIMER</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imprimez la Déclaration du participant remplie (pages 10 à 17) et signez l'autorisation.</li><li>• Imprimez la Déclaration du médecin traitant (pages 18 à 21), dont la section 1 a été remplie, signez l'autorisation et demandez à votre médecin ou spécialiste de remplir le formulaire au complet.</li></ul>
<b>À ENVOYER</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envoyez, par télécopieur, les formulaires ainsi que tout autre renseignement à l'appui de votre absence que vous désirez présenter au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui s'occupe de vos demandes. Vous n'avez pas à envoyer par la poste les documents que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver les originaux dans vos dossiers.</li><li>• Vous pouvez aussi envoyer les documents, par la poste, au bureau approprié.</li><li>• Si vous ne savez pas à quel bureau envoyer les documents, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.</li></ul>

- ▶ Guide de présentation des demandes de règlement Invalidité de longue durée
- ▶ Déclaration du participant – ILD
- ▶ Déclaration du médecin traitant - ILD

# Invalidité de longue durée

## Guide de présentation des demandes de règlement



La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties Invalidité de longue durée sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Financière   
Sun Life

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) prévoit que des prestations vous seront versées si vous devenez invalide. Le présent guide est conçu pour vous aider dans le processus de demande de règlement et pour répondre aux questions initiales que vous pourriez nous poser relativement à la présentation d'une demande de règlement invalidité de longue durée. Chaque situation étant particulière, nous traitons les dossiers d'absence individuellement et nous vous aiderons par tous les moyens à notre disposition.



# Déclaration de votre absence

Pour demander des prestations ILD, vous et votre employeur devez nous faire parvenir un dossier de règlement ILD dûment rempli.

Ce dossier renferme trois formulaires :

- la Déclaration du promoteur du régime, que votre employeur doit remplir et nous envoyer par télécopieur;
- la Déclaration du participant (que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur), que vous devez remplir et nous envoyer par télécopieur au numéro paraissant sur le formulaire. Si vous ne pouvez pas faire parvenir ces renseignements par télécopieur, vous pouvez les envoyer à la Financière Sun Life par la poste, à l'endroit le plus proche indiqué sur le formulaire;
- la Déclaration du médecin traitant (que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur), que vous devez remettre à votre médecin en lui demandant de la remplir et de nous l'envoyer par télécopieur.

REMARQUE : Il est possible que votre médecin exige des frais pour remplir ce formulaire. Le cas échéant, ces frais seront à votre charge.

## 1. Remplissez la Déclaration du participant

Cette déclaration nous fournit des renseignements sur votre maladie ou blessure, sur son origine, sur vos antécédents médicaux et sur les revenus et les prestations que vous prévoyez toucher au cours de votre absence.

- Répondez bien à toutes les questions afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre absence et fournissez une description détaillée de vos tâches ainsi qu'un résumé de vos expériences de travail antérieures et de votre formation (ou votre curriculum vitae). (Si l'espace prévu sur le formulaire est insuffisant, vous pouvez joindre des feuilles supplémentaires.)
- Vérifiez que les dates fournies (date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler, date de l'accident, etc.) sont exactes, car elles sont déterminantes pour notre évaluation.
- Veuillez fournir les documents requis tel qu'il est indiqué à la section «**Versement automatique de vos prestations d'invalidité**» si vous désirez que vos prestations soient virées à votre compte bancaire. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL».
- Veuillez lire et signer la section Déclaration et autorisation, qui nous permet d'échanger des renseignements avec votre médecin et tout autre professionnel de la santé qui vous fournit des soins. En outre, veuillez signer la section 1 de la Déclaration du médecin traitant avant de remettre ce formulaire à votre médecin, qui doit le remplir.

## 2. Demandez à votre médecin de remplir la Déclaration du médecin traitant

Cette déclaration nous fournit des renseignements médicaux précis sur votre maladie ou blessure et sur le déroulement prévu de votre rétablissement.

- La déclaration de votre médecin doit établir un diagnostic et un pronostic relativement à votre maladie ou blessure. (Le formulaire peut être rempli, par exemple, par votre médecin de famille, par un médecin pratiquant dans un centre de consultation sans rendez-vous ou par un spécialiste, c'est-à-dire tout professionnel de la santé qui a la qualité de docteur en médecine et qui vous a traité pour votre maladie ou blessure.)
- Si votre médecin vous fait passer des tests, il doit inscrire tous les résultats sur la déclaration ou les joindre à celle-ci.

- Si vous avez consulté un spécialiste pour l'affection dont vous souffrez, demandez à votre médecin de joindre à sa déclaration des copies de toutes les notes de consultation et notes cliniques. (Nous devons souvent faire un suivi en vue d'obtenir ces documents, ce qui peut retarder l'évaluation de votre absence.)

REMARQUE : Vous ne devez pas modifier ni inscrire quoi que ce soit sur la Déclaration du médecin traitant. Toute modification qui y est apportée doit être paraphée par votre médecin.

## 3. Envoyez votre dossier de règlement ILD

- Faites un suivi auprès de votre médecin et de votre employeur pour vous assurer qu'ils ont rempli et signé leur déclaration et qu'ils nous l'ont transmise par télécopieur. Nous ne pouvons procéder à l'évaluation de votre demande tant que nous n'avons pas reçu les trois formulaires (le vôtre, celui de votre employeur et celui de votre médecin).
- Nous recommandons que vous fassiez parvenir les formulaires de demande de règlement dûment remplis au moins huit semaines avant la date du premier versement des prestations ILD. De cette façon, nous aurons suffisamment de temps pour examiner votre demande de règlement et obtenir les renseignements additionnels dont nous pourrions avoir besoin pour clore le processus d'évaluation relatif aux prestations.
- L'envoi de vos formulaires par télécopieur à l'aide des numéros sécurisés constitue le moyen le plus rapide pour faire parvenir vos renseignements à notre bureau. Cette méthode est également pratique puisque vous n'avez pas à envoyer de renseignements par la poste; vous conservez ainsi ces documents pour vos dossiers. Si vous ne savez pas quel numéro de télécopieur utiliser, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

Vérifiez que votre Déclaration du participant et la Déclaration du médecin traitant indiquent clairement votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant avant que ces documents nous soient envoyés par la poste ou par télécopieur. En cas de doute, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime. Il sera en mesure de vous renseigner.

---

## Lorsque nous recevrons votre demande

Notre gestionnaire de dossiers – capacités prendra en considération un certain nombre de facteurs différents lors de l'évaluation des renseignements contenus dans votre demande. Nous évaluons les renseignements médicaux, les renseignements ayant trait à votre capacité à fonctionner au travail et à accomplir les activités de la vie quotidienne, les exigences liées à votre profession, votre milieu de travail ainsi que la façon dont l'affection dont vous souffrez nuit à votre capacité de répondre aux exigences de votre travail.

Durant cet examen, nous communiquerons avec vous par téléphone pour vous poser d'autres questions, et vous pourrez par la même occasion nous poser des questions au sujet de votre demande. De plus, nous pourrions avoir besoin de téléphoner à votre médecin ou à votre employeur pour leur poser d'autres questions ou obtenir des renseignements manquants.

---

## Nous vous tiendrons au courant

Le processus d'évaluation des demandes de règlement prend habituellement 10 jours ouvrables environ, suivant la réception de tous les renseignements requis. Si nous déterminons que votre demande est approuvée en vertu du régime ILD de votre employeur, nous vous informerons par écrit – vous et votre employeur – de notre décision. De la même façon, si nous déterminons que votre demande ne peut être approuvée, nous vous ferons part par écrit de notre refus et des raisons de cette décision.

Il arrive parfois que nous ne disposions pas de renseignements suffisants pour prendre une décision. Lorsque cela se produit, nous tentons d'obtenir les renseignements additionnels requis le plus efficacement possible. Nous pouvons demander, par exemple, un examen par un médecin indépendant ou une évaluation distincte de vos capacités fonctionnelles. Nous vous ferons savoir dès que possible si des renseignements additionnels sont nécessaires.

---

## Vos renseignements sont confidentiels

Nous traitons les renseignements que vous nous fournissez comme de l'information confidentielle. Nous recueillons, utilisons et communiquons les renseignements vous concernant uniquement aux fins indiquées dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée, ou de la manière prescrite par les lois pertinentes.



## Foire

Nous souhaitons que vous soyez à l'aise avec le processus relatif aux demandes de règlement Invalidité de longue durée. La présente Foire aux questions est conçue pour vous aider à mieux le comprendre, de la présentation d'une demande de règlement à votre rétablissement. Ce guide ne vise pas à remplacer ni à modifier la brochure explicative destinée aux salariés. Les dispositions de la brochure priment sur le guide.

### Quels sont mes numéros de contrat, de division et de participant?

Dans la Déclaration du participant, on vous demande vos numéros de contrat, de participant et de division/d'unité de facturation. Les numéros de contrat et de division sont propres à la couverture choisie par votre promoteur de régime/employeur à la Financière Sun Life. Le numéro de participant sert à vous identifier. Vous trouverez ces numéros sur le sommaire de la couverture ou de l'adhésion, ou dans la brochure explicative.

### Que signifie «promoteur de régime»?

«Promoteur de régime» désigne votre employeur ou le titulaire du contrat lié à votre régime.

### Pourquoi mon médecin doit-il indiquer tous les renseignements demandés dans le formulaire?

Pour accélérer le traitement de votre demande, il importe que tous les renseignements demandés soient inscrits. Si votre médecin ne fournit qu'une partie des renseignements demandés ou seulement une brève note sur une feuille de son ordonnancier, il se pourrait que nous n'ayons pas toute l'information nécessaire pour évaluer votre demande de prestations ou de maintien des prestations. Cela pourrait retarder la prise de décision.

### Que signifie «exonération des primes»?

Certains régimes d'assurance-invalidité collective prévoient l'exonération du paiement des primes liées à certaines garanties pendant que vous recevez des prestations d'invalidité au titre de votre régime. Ceci signifie que, pendant la période où vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de votre régime, vous ou votre employeur n'aurez pas à payer de primes pour que vous soyez couvert par ces garanties. Le gestionnaire de votre régime pourra vous confirmer si votre régime prévoit l'exonération des primes. Si c'est le cas et que vous présentiez une demande de règlement invalidité de longue durée, une demande au titre de toute garantie d'exonération des primes à laquelle vous pourriez avoir droit sera automatiquement envoyée. On vous informera sur votre situation relative à la garantie d'exonération des primes et sur la situation de votre demande de règlement ILD.

### Comment calculez-vous mes prestations?

Les prestations d'invalidité sont généralement basées sur un pourcentage déterminé du salaire mensuel que vous touchiez au moment du début de votre invalidité. Le montant des prestations prévues par votre régime est indiqué dans la brochure explicative.

### Si ma demande de règlement est acceptée, quand commencera le versement de mes prestations?

Le versement des prestations commence dès que le délai de carence prend fin. Si cette date est passée, les prestations vous seront versées rétroactivement.

### Comment et quand les versements sont-ils effectués une fois la demande de règlement acceptée?

Les prestations ILD sont versées mensuellement. Elles peuvent vous être payées par chèque ou elles peuvent être déposées directement dans votre compte bancaire. Le versement des prestations directement dans votre compte bancaire permet d'éviter les retards dans le traitement du courrier. Le formulaire Déclaration du participant comprend une section que vous pouvez remplir pour demander que les prestations soient virées directement à votre compte bancaire. N'oubliez pas de lire cette section et de fournir les documents requis. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL».

REMARQUE : Il se peut que le versement des prestations soit retardé si le paiement est prévu un jour férié. Votre premier paiement peut être envoyé au promoteur de votre régime s'il en a fait la demande.

### Pendant combien de temps vais-je recevoir des prestations d'invalidité?

Dans le cas de l'ILD, vous continuerez de recevoir des prestations d'invalidité tant que vous demeurerez totalement invalide au sens défini dans la brochure explicative du régime et que vous satisferez aux autres obligations (comme l'obtention d'un traitement approprié) aussi décrites dans la brochure explicative. En règle générale, nous déterminons si vous êtes «totalement invalide» relativement à votre profession habituelle pour une période déterminée qui suit le délai de carence.

À l'expiration de cette période, nous déterminons si vous êtes «totale­ment invalide» relativement à quelque profession que ce soit. Si vous êtes atteint d'invalidité totale et continue, les prestations ne vous sont pas versées indéfiniment. La brochure explicative de votre régime fait référence à d'autres dates importantes relatives à la cessation du versement des prestations. Elles peuvent prendre fin dès que vous atteignez l'âge de 65 ans, prenez votre retraite ou décédez.

Veillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

### **Pourquoi ai-je besoin de fournir une attestation de mon âge?**

Dans le cadre de la gestion continue de votre absence attribuable à une invalidité, nous vous demanderons une attestation de votre âge, si elle n'a pas été présentée en même temps que la demande de prestations ILD initiale. Étant donné que de nombreux régimes ne prévoient le versement de prestations ILD que jusqu'à l'âge de 65 ans, il importe que nous confirmions la date à laquelle vous atteindrez cet âge.

### **Quelles sont mes responsabilités pendant que je reçois des prestations d'invalidité?**

Pendant que vous recevez des prestations, nous vous parlerons de votre retour au travail, au moment opportun. Nous nous attendons à ce que vous participiez à ces entretiens et que vous repreniez l'exercice de votre profession habituelle dès que vous pouvez le faire en toute sécurité et sans danger pour votre santé. S'il apparaît que vous ne serez pas en mesure de reprendre l'exercice de votre profession habituelle, nous nous attendons à ce que vous examiniez toute offre raisonnable de retour au travail avec modification des tâches de la part de votre employeur et/ou participiez à toute formation nécessaire pour avoir les compétences requises pour exercer une autre profession.

### **Une fois la demande de règlement acceptée, à quelle fréquence exige-t-on la présentation de nouveaux renseignements médicaux?**

Une bonne connaissance des progrès que vous réalisez en vue de votre rétablissement est essentielle à la préparation d'un retour possible au travail. Des mises à jour périodiques des renseignements que nous possédons sur votre état de santé et vos capacités fonctionnelles nous aident à déterminer vos progrès. La fréquence à laquelle nous demanderons des rapports variera selon les circonstances particulières entourant votre demande de règlement, votre état de santé et votre programme de traitement. Nous effectuerons le suivi avec vous

et avec votre ou vos médecins traitants par téléphone ou par la poste. Le gestionnaire de dossiers – capacités collaborera avec votre médecin et/ou avec nos partenaires de la santé pour s'assurer que vous recevez le traitement approprié. Dans certains cas, nous vous demanderons de subir un examen par un médecin indépendant afin d'obtenir de plus amples renseignements. Nous fixerons le rendez-vous et vous en informerons à l'avance. (Nous transmettrons une copie des résultats à votre médecin traitant.)

### **Quels sont les cas où il n'est pas versé de prestations?**

Il est possible qu'aucune prestation ne soit payable :

- si vous ne recevez pas le traitement approprié qui vous est recommandé par votre médecin traitant;
- si vous ne participez pas à un programme de réadaptation approuvé par la Financière Sun Life;
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, à moins que la Financière Sun Life n'accepte expressément de verser des prestations dans ces cas ou qu'elle y soit obligée selon la loi;
- si vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que le gestionnaire de dossiers – capacités n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période;

si vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que nous n'acceptions de verser des prestations;

- si vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Veillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

### **Qu'arrive-t-il si je touche un revenu d'une autre provenance? Quelle incidence aura ce revenu sur mes prestations?**

La garantie ILD de votre employeur peut prévoir que les autres revenus auxquels vous avez droit pour la même invalidité ou une invalidité ultérieure comme les prestations du RRQ/RPC et les prestations prévues par la loi sur les accidents du travail doivent être déduits des prestations d'invalidité versées au titre du régime. Vos prestations ne seront pas réduites du revenu provenant d'un contrat individuel d'assurance-invalidité.

Des prestations d'une autre source payables à effet rétroactif peuvent réduire vos prestations invalidité et donner lieu à un versement en trop. Si c'est le cas, vous devrez rembourser à la Financière Sun Life le montant versé en trop.

### La Financière Sun Life partage-t-elle des renseignements médicaux avec mon employeur?

Non. Tous les renseignements médicaux que reçoit la Financière Sun Life (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements) concernant votre santé sont strictement confidentiels et ne seront jamais communiqués à qui que ce soit à votre travail, à moins que ce ne soit expressément précisé dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée.

Nous ne communiquons pas à votre gestionnaire ni à votre service des ressources humaines de renseignements médicaux (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements).

### Qu'arrivera-t-il si je reprends le travail moyennant certaines restrictions?

Le gestionnaire de dossiers – capacités et votre employeur élaboreront avec vous un plan de retour au travail qui tient compte de vos capacités et restrictions. Votre plan de retour au travail pourrait comprendre, par exemple, un retour progressif au travail et/ou des tâches modifiées ou un retour au travail à temps partiel pour vous aider à vous adapter. Si votre retour au travail nécessite une expertise professionnelle particulière, nous ferons appel à l'un de nos conseillers en gestion de la santé pour participer à la coordination de votre retour au travail. Nous communiquerons avec votre médecin pour nous assurer qu'il est au courant du plan avant sa mise en œuvre. Une fois que vous avez repris le travail à temps plein sans restriction, la Financière Sun Life ferme généralement le dossier.

### Recevrai-je un feuillet fiscal?

Un feuillet fiscal sera émis si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable. Chaque année, les feuillets pour l'année précédente sont envoyés par la poste avant la fin du mois de février. Si vous ne savez pas si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

## À propos de la Financière Sun Life

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus de cinq millions de personnes dans plus de 10 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada. Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités. Nos nombreux produits, services et outils technologiques nous permettent d'adapter nos programmes de garanties collectives afin de répondre à pratiquement tous les besoins des clients de façon concurrentielle et à un coût favorable.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce son activité dans d'importants marchés du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.

[www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca)

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

GB10069-F 11-12 jb-rn

Financière   
Sun Life

# Déclaration du participant

## Demande de prestations d'invalidité de longue durée

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

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, 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 d'invalidité versées au titre de la garantie 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 (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)	<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		Adresse électronique	

### 2 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de participant	Numéro de division/d'unité de facturation		
Nom de l'entreprise				
Adresse (numéro et rue)	Ville		Province	Code postal
Personne à contacter		Numéro de téléphone		Poste

### 3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et en quoi celle-ci vous empêche de travailler. Veuillez décrire les tâches de votre emploi que vous êtes *incapable* d'accomplir en raison de cette maladie ou blessure. Nous vous prions également d'indiquer les tâches de votre emploi que vous êtes *capable* d'effectuer. (Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.)

----------------------

2. Date d'apparition des premiers symptômes?
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. Date de votre première consultation d'un médecin pour cette maladie?

### 3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

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

Date (jj-mm-aaaa)

— —

6. Votre maladie ou blessure est-elle reliée à votre travail?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.


7. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, régime, recommandation du médecin, physiothérapie, 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)
		— —
		— —
		— —

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

Date (jj-mm-aaaa)

— —

- Temps plein  
 Temps partiel

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

Date (jj-mm-aaaa)

— —

- Temps plein  
 Temps partiel

11. 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

Date (jj-mm-aaaa)

— —

au

Date (jj-mm-aaaa)

— —

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

Avez-vous travaillé :  à temps plein  à temps partiel

### 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 5 dernières années, et toute opération subie au cours de vos hospitalisations.

Hôpital	Adresse	Nature de la maladie/de l'opération	Date (jj-mm-aaaa)
			— —
			— —
			— —

#### 4 Antécédents médicaux (suite)

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

2. Nom et adresse de tous les médecins que vous avez consultés au cours des 5 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 invalidité est-elle attribuable à un accident?

- Non Dans la négative, passez à la section suivante «Commission des accidents du travail/CSST».
- 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 exercez vos fonctions pour l'employeur?

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

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


3. 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? 

Date (jj-mm-aaaa)
- -

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/CSST

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 CSST?  Oui  Non Dans la négative, veuillez préciser.

2. Touchez-vous ou comptez-vous recevoir des prestations de la CAT/CSST?  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, en votre nom ou au nom des personnes à votre charge, une demande de rente d'invalidité 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. Si vous avez présenté une demande de rente d'invalidité, a-t-elle été acceptée?

Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre à la présente une copie de l'Avis d'acceptation et du Relevé explicatif des paiements que vous avez reçus.

Date du début du service de la rente :

Date (jj-mm-aaaa)  
- -

Montant des mensualités :

\$

Non Dans la négative, veuillez joindre une copie de la lettre de refus.

En avez-vous appelé de cette décision?

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

Date (jj-mm-aaaa)  
- -

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

3. Renseignements sur les enfants à charge qui vivent avec vous :

Nom complet	Lien avec vous		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Si l'enfant a 18 ans ou plus, indiquez s'il est :	
	Fils	Fille		Handicapé	Étudiant à temps plein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 Autres sources de revenu

Veillez 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	Avez-vous droit à ces prestations?		Compagnie d'assurance et N° 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
	Oui	Non		Oui	Non	Déjà	Plus tard	
Toute autre assurance invalidité (CAT/CSPAAT/CSST/prestations d'invalidité syndicales, assurance-créance, cartes de crédit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Autre assurance groupe, association ou individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Régime québécois d'assurance parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

## 9 Retour au travail

Vous devez informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, 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 du Canada, compagnie d'assurance-vie 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 du Canada, compagnie d'assurance-vie pourrait communiquer avec vous.

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

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

2. 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?

3. Avez-vous exercé quelque activité rétribuée que ce soit depuis le début de votre invalidité?

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

4. Vos activités quotidiennes habituelles sont-elles restreintes de quelque façon que ce soit?

Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

## 10 Études et formation

1. Niveau d'études atteint :  Diplôme secondaire  Diplôme collégial  Diplôme universitaire  
Combien d'années d'études comptez-vous (niveau scolaire)? Veuillez indiquer tout certificat/diplôme que vous détenez.

2. Veuillez préciser si vous avez obtenu votre formation au Canada ou à l'extérieur du Canada. Si vous avez obtenu une formation à l'extérieur du Canada, veuillez indiquer à quel endroit.

3. 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.)

4. 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.

## 11 Expérience de travail

Joindre un CV si possible.

Du (date) (jj-mm-aaaa)	Au (date) (jj-mm-aaaa)	Employeur	Titre du poste
- -	- -		
- -	- -		
- -	- -		

## 12 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.

### 13 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.

Si vous avez 60 ans ou plus, veuillez joindre une copie de votre certificat de naissance, certificat de baptême, passeport ou permis de conduire comme preuve d'âge.

**Vous devez également remplir et signer la section sur l'autorisation du participant dans la Déclaration 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.

Si 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) - -

**Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement que vous voudriez présenter à l'appui de votre demande de règlement, par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste. Si vous ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.**

**Halifax :**  
**Téloc. : 1 866 639-7850**  
CP 11480 Succ CV  
Montréal QC H3C 5P5

**Kitchener - Waterloo :**  
**Téloc. : 1 866 209-7215**  
CP 100 Succ C  
Kitchener ON N2G 3W9

**Montréal :**  
**Téloc. : 1 866 639-7846**  
CP 11037 Succ CV  
Montréal QC H3C 4W8

**Edmonton :**  
**Téloc. : 1 866 639-7820**  
CP 2733 Succ Main  
Edmonton AB T5J 5C9

**Toronto :**  
**Téloc. : 1 866 639-7851**  
CP 950 Succ A  
Toronto ON M5W 1G5

**Vancouver :**  
**Téloc. : 1 866 639-7829**  
CP 48810 Succ Bentall  
Vancouver BC V7X 1A6

Visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca/santetravail](http://www.sunlife.ca/santetravail)

## 14 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).

# Déclaration du médecin traitant

## Demande de prestations d'invalidité de longue durée

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 Cette partie du formulaire doit être remplie avant que le médecin remplisse la deuxième partie.

Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont à la charge du participant.

Vous pouvez expédier le présent formulaire directement à l'un de nos bureaux de gestion invalidité groupe. Les adresses des bureaux figurent à la dernière page.

Veuillez remplir le présent formulaire au complet et nous le retourner le plus tôt possible pour éviter tout retard dans le versement des prestations auxquelles le patient pourrait avoir droit.

Numéro de contrat		Numéro de participant		Numéro de division/d'unité de facturation	
Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)		Prénom		<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	
Numéro de téléphone (domicile) - -		Autre numéro de téléphone - -		Adresse électronique	
Nom du promoteur de régime				Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa) - -	

#### Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels me concernant et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à ses mandataires et à ses fournisseurs de services, aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera 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.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa) - -
-------------------------------	--------------------------

### 2 Renseignements médicaux

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, se servira des renseignements fournis dans le présent formulaire pour déterminer le droit de votre patient aux prestations d'invalidité.

Nous vous demandons de remplir la Déclaration du médecin traitant en donnant le plus de détails possible. Il est entendu que tous les renseignements, y compris les dossiers médicaux, que vous nous fournirez en vue de l'évaluation de la présente demande de prestations demeureront confidentiels.

Les renseignements que vous donnez à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie dans le cadre de ce dossier peuvent être divulgués au patient ou aux personnes à qui le patient autorise une telle divulgation, à moins que vous ne nous indiquiez par écrit qu'une telle divulgation pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient ou pourrait nuire à un tiers.

#### Histoire de la maladie ou de la blessure

- Date de la première visite du patient relative à l'invalidité faisant l'objet de la demande? Date (jj-mm-aaaa)  
- -
- Date de la dernière visite du patient? Date (jj-mm-aaaa)  
- -
- Fréquence des visites du patient?  Hebdomadaire  Tous les quinze jours  Mensuelle  
 Autre  Veuillez préciser:
- Avez-vous recommandé au patient de cesser de travailler?  Non  Oui Dans l'affirmative, à partir de quelle date. Date (jj-mm-aaaa)  
- -
- L'invalidité du patient est-elle attribuable à un accident?  Non  Oui Dans l'affirmative, fournissez des précisions et la date de l'accident.
- Décrivez les symptômes pertinents, leur gravité, leur durée et leur incidence sur l'invalidité (et sur la capacité de travailler du patient).

## Histoire de la maladie ou de la blessure (suite)

7. Date de l'apparition des premiers symptômes?

Date (jj-mm-aaaa)

— —

8. Le patient a-t-il déjà souffert de problèmes analogues ou connexes?  Non  Oui Dans l'affirmative, indiquez les dates et fournissez une description.


9. L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie professionnelle?

Indéterminé  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.


10. Cet état est-il relié directement ou indirectement à la grossesse?  Non  Oui Dans l'affirmative, indiquez la date de l'accouchement.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

11. Quelles restrictions l'état de santé du patient lui impose-t-il en ce qui touche ses responsabilités et ses tâches professionnelles?


## Observations cliniques

Veuillez décrire les constatations que vous avez pu faire relativement à l'invalidité déclarée.


## Diagnostics

Quels sont les diagnostics qui ont permis de déterminer la nature de l'invalidité déclarée? Veuillez en donner la liste par ordre d'importance de leur incidence sur le patient. S'il s'agit de troubles psychiatriques, veuillez utiliser la terminologie de la 4<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV).


## Examens complémentaires

Quels types d'analyses ou d'examens ont été effectués? Veuillez inclure des copies des résultats des radiographies, ECG, résultats d'examens de laboratoire et de tous autres examens relatifs à l'invalidité déclarée.


## Traitement

1. Le patient a-t-il été hospitalisé?  Non  Oui Dans l'affirmative, indiquez les dates.

Du

Date (jj-mm-aaaa)

— —

au

Date (jj-mm-aaaa)

— —

Pièces à fournir (selon le cas)  
Copies de tous les documents  
ci-après

- Comptes rendus d'examens
- Résultats d'examens de laboratoire
- Comptes rendus de consultation
- Dossier d'hospitalisation : anamnèse à l'admission et résumé de sortie

**Traitement (suite)**

2. Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Date (jj-mm-aaaa)	Type d'intervention chirurgicale
- -	
- -	
- -	

3. Quels médicaments lui a-t-on prescrits? Veuillez indiquer le nom des médicaments, la posologie, ainsi que la date de tout changement apporté à la médication.


4. Le patient a-t-il suivi une psychothérapie?  Non  Oui Dans l'affirmative, indiquez la fréquence et la durée du traitement.


5. Le patient a-t-il suivi un traitement de physiothérapie ou de chiropractie?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, indiquez la fréquence et la durée du traitement.


6. Veuillez indiquer tout autre traitement administré.


7. Nom et spécialité de tous les autres médecins traitants, et dates des consultations du patient chez chacun d'eux.

Nom	Prénom
Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa) - -
Nom	Prénom
Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa) - -
Nom	Prénom
Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa) - -
Nom	Prénom
Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa) - -

**État cardiaque (si l'invalidité y est reliée)**

1. Capacité fonctionnelle (American Heart Association)? Si la capacité fonctionnelle est de catégorie 3 ou 4, veuillez joindre la copie des résultats d'une épreuve d'effort ou d'une échocardiographie.

- Catégorie 1 (sans restriction)       Catégorie 2 (légère restriction)  
 Catégorie 3 (restriction marquée)       Catégorie 4 (restriction complète)

2. Tension artérielle du patient lors de sa dernière visite?

--

**Plan de retour au travail**

1. Quel énoncé décrit le mieux l'évolution de l'état du patient depuis qu'il a cessé de travailler?  
 Rétablissement complet     Amélioration     Aucun changement     Aggravation

2. Le patient est-il :

- sur pied?     retenu à la maison?     alité?     hospitalisé?

**Plan de retour au travail (suite)**

3. Le patient peut-il recommencer à travailler à temps partiel ou moyennant une modification de ses tâches?  
 Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez décrire le plan de retour au travail prévu pour le patient, en précisant la date de chaque étape du plan et la date prévue de son retour au travail. Indiquez également toute restriction dont il faut tenir compte relativement à ses tâches.


4. Le patient est-il apte à exercer d'autres fonctions?  Non  Oui Dans l'affirmative, veuillez décrire le plan de retour au travail prévu pour le patient, en précisant la date de chaque étape du plan et la date prévue de son retour au travail. Indiquez également toute restriction dont il faut tenir compte relativement à ses tâches.


5. Veuillez décrire tout autre facteur pouvant influencer sur la capacité du patient de retourner au travail (comme la pression de son entourage, le stress en milieu de travail ou l'abus de médicaments, d'alcool ou de toute autre substance).


**Esprit de collaboration et volonté de retourner au travail**

1. Le patient se montre-t-il coopératif en ce qui touche son plan de traitement? Veuillez nous faire part de vos observations.


2. Le patient montre-t-il de l'empressement à retourner au travail? Veuillez nous faire part de vos observations.


**Renseignements complémentaires**

1. D'après vous, votre patient est-il capable de prendre en main ses responsabilités financières?  
 Non  Oui
2. Est-ce qu'il serait utile que vous ayez un entretien avec un médecin-conseil de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie?  Non  Oui
3. Est-ce qu'il serait utile que vous ayez un entretien avec un spécialiste en réadaptation de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie?  Non  Oui

**Renseignements sur le médecin**

Prénom		Nom	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Spécialité	
— —	— —		

**Signature du médecin**

Signature X	Date (jj-mm-aaaa) — —
----------------	--------------------------

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

**Edmonton :**  
**Télec. : 1 866 639-7820**  
 CP 2733 Succ Main  
 Edmonton AB T5J 5C9

**Toronto :**  
**Télec. : 1 866 639-7851**  
 CP 950 Succ A  
 Toronto ON M5W 1G5

**Halifax :**  
**Télec. : 1 866 639-7850**  
 CP 11480 Succ CV  
 Montréal QC H3C 5P5

**Montréal :**  
**Télec. : 1 866 639-7846**  
 CP 11037 Succ CV  
 Montréal QC H3C 4W8

**Kitchener - Waterloo :**  
**Télec. : 1 866 209-7215**  
 CP 100 Succ C  
 Kitchener ON N2G 3W9

**Vancouver :**  
**Télec. : 1 866 639-7829**  
 CP 48810 Succ Bentall  
 Vancouver BC V7X 1A6