Déclaration des revenus de réadaptation – SAS – Soutien pour les retenues à la source

Sun Life

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.

Instructions :

- Durant le programme de réadaptation, envoyez-nous ce formulaire rempli :
  - À la fin de chaque semaine, s'il s'agit d'une demande de prestations d'invalidité de courte durée (ICD).
  - À la fin de chaque mois, s'il s'agit d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD).
- Conservez l'original du formulaire (non rempli) pour vos déclarations ultérieures.
- Envoyez le formulaire rempli à : rehab.da@sunlife.com. Pour assurer la confidentialité des renseignements personnels des participants, envoyez le formulaire par courriel seulement si vous avez un service de courriel sécurisé qui utilise le protocole TLS (Transport Layer Security).
- Si vous n'avez pas de service de courriel sécurisé qui utilise le protocole TLS, veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au : 1-866-639-7846.

Effacer

1 À remplir par le promoteur de régime

Remplissez toutes les cases.

☐ ICD ☐ ILD

Nom de famille du participant		Prénom du participant
Numéro de contrat	Numéro de certificat	Numéro de contrôle

Horaire avant le début de l'invalidité

Nombre d'heures de travail avant l'invalidité — Heures par semaine

L'employé travaille-t-il de nouveau selon l'horaire qui s'appliquait avant l'invalidité? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date. — Date (jj-mm-aaaa)

Revenus de réadaptation

Demande ICD :

- Pour la première semaine de retour progressif au travail, indiquez le revenu gagné par le participant du premier jour de son retour au travail jusqu'au dernier jour de la semaine.
- Pour la dernière semaine de retour progressif au travail, indiquez le revenu gagné par le participant du premier jour de la semaine jusqu'à la veille du jour où il a repris l'horaire de travail qui s'appliquait avant son invalidité.

Demande ILD :

- Pour le premier mois de retour progressif au travail, indiquez le revenu gagné par le participant du premier jour de son retour au travail jusqu'au dernier jour du mois.
- Pour le dernier mois de retour progressif au travail, indiquez le revenu gagné par le participant du premier jour du mois jusqu'à la veille du jour où il a repris l'horaire de travail qui s'appliquait avant son invalidité.

Du Date (jj-mm-aaaa)	Au Date (jj-mm-aaaa)	Nombre d'heures	Taux horaire	Revenu brut
Heures travaillées			$	$
Autres revenus (ex. : journées maladie, vacances payées). Fournissez des précisions ci-dessous, dans la section réservée aux observations.			$	$
Total				$

Veuillez fournir les déductions effectuées à partir des revenus de réadaptation ci-dessus :

RPC	AE	RRQ	RQAP
$	$	$	$

1 À remplir par le promoteur de régime (suite)

Le participant travaille-t-il les fins de semaine? ☐ Non ☐ Oui

Observations

2 Coordonnées de la personne-ressource

Nom de famille de la personne-ressource	Prénom de la personne-ressource	Date de formulaire (jj-mm-aaaa)

Adresse électronique	Numéro de téléphone	Poste