Déclaration du promoteur du régime Demande de prestations d'invalidité SunAvantage[MD]

La Sun Life s'engage à respecter la confidentialité des renseignements personnels des participants.

Les renseignements contenus dans la Déclaration du promoteur du régime sont utilisés pour évaluer l'absence du travail du participant au titre des garanties suivantes :

- Invalidité de courte durée (ICD);
- Invalidité de longue durée (ILD) (s'il y a lieu).

Cette déclaration fait partie du dossier invalidité du participant. Nous la transmettrons au participant s'il demande l'accès à son dossier.

1 Renseignements sur le participant

Effacer

Pour procéder à l'étude de la présente demande, la Sun Life doit avoir en main la Déclaration du participant, la Déclaration du médecin traitant et le présent formulaire dûment remplis. Pour éviter tout retard, veuillez remplir le formulaire au complet.

Prénom	Nom de famille	☐ Homme ☐ 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		
Titre du poste/Profession habituelle			

Veuillez également présenter le formulaire Invalidité – Questionnaire sur les exigences du travail s'il est prévu que le participant s'absentera pendant quatre semaines ou plus.

2 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat ICD	Subd./Catégorie – ICD	Numéro de participant	Numéro de division/d'unité de facturation – ICD
Numéro de contrat ILD	Subd./Catégorie – ILD	No de division/d'unité de facturation – ILD	
Nom de l'entreprise			
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Personne-ressource			
Numéro de téléphone de la personne-ressource	Poste	Adresse électronique	

3 Renseignements sur l'emploi

La présente section porte sur l'emploi du participant et sur sa couverture. Cette section devrait être remplie par la personne qui connaît le mieux ces détails (par exemple, le responsable de la paie ou le gestionnaire du régime).

Dates correspondant à l'absence du travail du participant en raison de son invalidité.

Date d'entrée au service de l'entreprise (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail à temps plein (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail à des tâches modifiées (s'il y a lieu) (jj-mm-aaaa)

3 Renseignements sur l'emploi (suite)

Le participant a-t-il été licencié? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser la date. Date (jj-mm-aaaa)

Autant que vous sachiez, indiquez les raisons de l'arrêt de travail.

Si l'invalidité est reliée à une grossesse, la participante a-t-elle pris (ou prendra-t-elle) un congé de maternité? ☐ Non ☐ Oui

Date de début du congé de maternité (jj-mm-aaaa)	Date de fin du congé de maternité (jj-mm-aaaa)
Date du retour au travail à temps plein (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail à des tâches modifiées (jj-mm-aaaa)
S'il y a lieu, veuillez décrire les aménagements effectués.	

Catégorie d'emploi (cocher l'une des cases de chaque rangée)

☐ Temps plein	☐ Permanent	☐ Salarié horaire	☐ Syndiqué
☐ Temps partiel	☐ Contractuel	☐ Salarié non horaire	
	☐ Temporaire	☐ Rémunéré à la commission	
	☐ Saisonnier		

Précisez le nombre d'heures par semaine.

Le participant est-il appelé à travailler par quarts? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, veuillez décrire le programme de roulement pour les trois mois qui ont précédé la date de l'invalidité et pour la période d'invalidité faisant l'objet de la présente demande.

Serait-il possible de modifier ses fonctions? ☐ Non ☐ Oui

Cette possibilité lui a-t-elle été offerte? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser (temps partiel ou temps plein, fonctions modifiées).

Le participant a-t-il accepté les tâches modifiées, le cas échéant? ☐ Non ☐ Oui

Dans la négative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.

4 Renseignements sur la couverture

Date d'effet initiale de la couverture ICD du participant (jj-mm-aaaa)	
Date d'effet initiale de la couverture ILD de base du participant (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture ILD de base du participant auprès de la Sun Life (jj-mm-aaaa)
Date d'effet initiale de la couverture ILD facultative (le cas échéant) (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture ILD facultative du participant auprès de la Sun Life (jj-mm-aaaa)
Catégorie de couverture (le cas échéant)	Le participant a-t-il été tenu de présenter une attestation d'admissibilité? ☐ Non ☐ Oui

1. La couverture d'invalidité a-t-elle pris fin? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date. Date (jj-mm-aaaa)
2. Le paiement des primes d'invalidité a-t-il pris fin? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date. Date (jj-mm-aaaa)
3. La prestation ILD est-elle indexée sur le coût de la vie (ICV)? ☐ Non ☐ Oui

4 Renseignements sur la couverture (suite)

Veuillez remplir ce qui suit relativement à l'assurance-vie collective.

Le participant est-il actuellement couvert au titre d'une assurance-vie collective de la Sun Life qui prévoit l'exonération des primes en cas d'invalidité? ☐ Non ☐ Oui **Dans l'affirmative, veuillez nous envoyer une copie de toutes les fiches d'adhésion signées par le participant relativement à toute garantie Vie.**

Numéro de contrat _____ Date d'effet Date (jj-mm-aaaa) _____

Type d'assurance-vie collective (section à remplir seulement si des formulaires ou des fiches d'adhésion ne sont pas disponibles)

Type de couverture	Montant de la couverture	Date d'effet initiale de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de la dernière augmentation de la couverture (le cas échéant) (jj-mm-aaaa)
Assurance-vie de base du personnel	$		
Assurance-vie de base des personnes à charge	$		
Assurance-vie facultative du personnel	$		
Assurance-vie facultative du conjoint	$		
Assurance-vie facultative des enfants	$		
Assurance DMA facultative du personnel	$		
Assurance DMA facultative du conjoint	$		
Assurance DMA facultative des enfants	$		

5 Revenus et avantages

Si le participant est exonéré d'impôts et que la prestation est imposable, veuillez fournir une copie des documents attestant de la situation d'exonération du participant.

Revenu mensuel brut à effet du demier jour de travail (exclusion faite des heures supplémentaires, des gratifications et des commissions) $		
Montant des commissions reçues en moyenne par mois pendant les 24 derniers mois. $	Veuillez fournir un double des feuillets fiscaux établis au cours des deux dernières années si le participant est rémunéré à la commission.	
Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier feuillet fédéral TD1 $	Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier feuillet TP-1015-3V (résidents du Québec seulement) $	Numéro d'assurance sociale

1. Le régime ICD qui couvre le participant est-il imposable? ☐ Non ☐ Oui
2. Le régime ILD qui couvre le participant est-il imposable? ☐ Non ☐ Oui

   Dans l'affirmative, veuillez fournir ci-dessus le numéro d'assurance sociale du participant en vue de l'établissement des feuillets fiscaux appropriés.
3. Le participant avait-il prévu prendre des jours de vacances après son dernier jour de travail? ☐ Non ☐ Oui

   Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de jours. _____
4. Le participant a-t-il droit à des congés de maladie qui n'ont pas été pris? ☐ Non ☐ Oui

   Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de jours. _____
5. À quelle date le salaire du participant a-t-il cessé (cessera-a-t-il) d'être versé? Date (jj-mm-aaaa) _____
6. Verser-vous actuellement une rémunération quelconque au participant? ☐ Non ☐ Oui

   Dans l'affirmative, répondre à a) et b) ci-dessous.

   a) Montant? _____ $ par mois Ce montant couvre-t-il les congés de maladie non utilisés? ☐ Non ☐ Oui

   b) Jusqu'à quand la rémunération (compte tenu des droits à congés de maladie) sera-t-elle maintenue? Date (jj-mm-aaaa) _____

5 Revenus et avantages (suite)

7. D'après vos dossiers, à combien s'élèvent les prestations ICD? $ par semaine
8. D'après vos dossiers, à combien s'élèvent les prestations ILD? $ par mois
9. À votre connaissance, le participant a-t-il présenté une demande de prestations au titre du RRQ/RPC ou de tout autre régime de l'État? ☐ Non ☐ Oui
   Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type de prestation : ☐ Invalidité ☐ Retraite
10. Le participant participe-t-il à un régime de retraite ou de pension de retraite?
    ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro d'enregistrement
11. Le participant est-il admissible à une retraite anticipée? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous.

☐ **réduite** À compter de quelle date? Date (jj-mm-aaaa) Montant $
A-t-il présenté une demande à cet égard? ☐ Non ☐ Oui

☐ **non réduite** À compter de quelle date? Date (jj-mm-aaaa) Montant $
A-t-il présenté une demande à cet égard? ☐ Non ☐ Oui

☐ **retraite pour cause de maladie** À compter de quelle date? Date (jj-mm-aaaa) Montant $
A-t-il présenté une demande à cet égard? ☐ Non ☐ Oui

6 Commission des accidents du travail/CNESST

Si la maladie ou la blessure du participant 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 Dans l'affirmative, veuillez continuer.

Quel est le numéro de la demande? Montant de la prestation mensuelle $

Quelle est la date d'effet ou du premier paiement? Date (jj-mm-aaaa)

7 Déclaration

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

Nom de famille de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	Prénom	Poste
Signataire autorisé X		Date (jj-mm-aaaa)
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

Si vous avez accès au portail Web des Règlements vie et invalidité groupe, vous pouvez envoyer électroniquement les formulaires dûment remplis par l'intermédiaire de ce site.

Autrement, veuillez envoyer le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement venant appuyer la demande de règlement du participant, par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers. Il n'est pas nécessaire d'envoyer par la poste les renseignements qui ont été envoyés par télécopieur. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée.

Si vous résidez dans les provinces de l'atlantique, Québec ou à Ottawa

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

Pour les autres provinces et territoires

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

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.

Invalidité – Questionnaire sur les exigences du travail *SunAvantage*

Sun Life

Effacer

La Sun Life s'engage à respecter la confidentialité des renseignements personnels des participants.

Le promoteur de régime remplit ce questionnaire. Si le participant est absent pendant 4 semaines ou plus, envoyez ce document avec la Déclaration du promoteur du régime.

Les renseignements dans la déclaration servent à évaluer l'absence du travail du participant.

Cette déclaration fait partie du dossier invalidité du participant. Nous la transmettrons participant s'il demande l'accès à son dossier.

1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Subd./Catégorie	Numéro de participant	Numéro de division/d'unité de facturation

Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)	Prénom

☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de l'entreprise

Titre du poste/Profession habituelle

2 Milieu de travail et activités professionnelles

Le reste du formulaire porte sur les tâches spécifiques du participant et devrait être rempli par le supérieur hiérarchique immédiat du participant.

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

S'il existe déjà une description de tâches du participant, veuillez la joindre au présent formulaire.

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

À l'extérieur	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%
Dans un froid ou une chaleur intense	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%
Dans un milieu humide	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%
Dans un milieu bruyant	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%
Dans un milieu poussiéreux ou mal aéré	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%
Près de vapeurs toxiques	☐ Non	☐ Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	%

2. Le participant manipule-t-il des produits chimiques dans le cadre de son travail? ☐ Non ☐ Oui
   Dans l'affirmative, veuillez indiquer lesquels ci-dessous.

3. Dans le cours normal de son travail, indiquez en pourcentage le temps que le participant passe à soulever ou à transporter les poids ci-dessous.

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
plus de 50 lb/22,7 kg	☐	☐	☐	☐	☐
plus de 20 lb/9,1 kg	☐	☐	☐	☐	☐
plus de 10 lb/4,5 kg	☐	☐	☐	☐	☐

2 Milieu de travail et activités professionnelles (suite)

4. Lorsque le participant remplit ses fonctions habituelles, quel pourcentage de son temps consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
marcher	☐	☐	☐	☐	☐
grimper	☐	☐	☐	☐	☐
conduire :	☐	☐	☐	☐	☐
le jour	☐	☐	☐	☐	☐
la nuit	☐	☐	☐	☐	☐
atteindre des objets placés :	☐	☐	☐	☐	☐
plus haut que ses épaules	☐	☐	☐	☐	☐
à la hauteur de ses épaules	☐	☐	☐	☐	☐
plus bas que ses épaules	☐	☐	☐	☐	☐
se pencher ou s'accroupir	☐	☐	☐	☐	☐
s'agenouiller ou ramper	☐	☐	☐	☐	☐

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

	0 à 30 minutes	30 à 60 minutes	60 à 90 minutes	plus de 90 minutes
travail en position assise continue	☐	☐	☐	☐
travail en position debout continue	☐	☐	☐	☐
au volant d'un véhicule	☐	☐	☐	☐

6. Pendant une journée de travail normale, combien d'heures le participant passe-t-il dans les positions suivantes?

	0 à 2 heures	2 à 4 heures	4 à 6 heures	6 à 8 heures
position assise	☐	☐	☐	☐
position debout	☐	☐	☐	☐
au volant d'un véhicule	☐	☐	☐	☐

7. Veuillez indiquer les machines, outils ou autres appareils qu'utilise le participant au cours de son travail. 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.

Type d'équipement	Nombre de fois par jour OU temps en pourcentage

8. Aspects cognitifs/non physiques du travail

Le participant doit-il répondre à des plaintes? ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

Nombre de personnes qui relèvent du participant : _____

Quel pourcentage de son temps le participant 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.

3 Observations complémentaires

Veuillez fournir, en ce qui a trait à la demande de règlement, tout renseignement complémentaire qui n'a pas été fourni précédemment.

4 Déclaration

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

Nom de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	Prénom
Poste de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	
Signataire autorisé X	Date (jj-mm-aaaa)
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement venant appuyer la demande de règlement du participant, par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life, 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 à l'adresse appropriée.

Si vous résidez dans les provinces de l'Atlantique, au Québec ou à Ottawa

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

Pour les autres provinces et territoires

Kitchener - Waterloo:
Téléc. : 1 866 209-7215
CP 950 Succ A
Kitchener ON N2G 3W9

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.