

# Demande de règlement invalidité – Déclaration du demandeur

Pour éviter tout retard dans l'étude de cette demande de règlement, il faut présenter la Déclaration de l'employeur et la Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité. **Tous les frais engagés pour l'obtention de renseignements à l'appui de cette demande sont à la charge du propriétaire du contrat.**

## 1 Vos renseignements personnels

Numéro de contrat		Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Prénom <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup>			Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone (le jour)	

## 2 Renseignements sur votre employeur

Nom					
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone	

## 3 Votre état de santé

**Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

Date à laquelle votre état de santé vous a empêché de travailler (jj-mm-aaaa)		Date d'apparition des premiers symptômes de votre maladie (jj-mm-aaaa)	
Décrivez votre état de santé actuel, sa cause et ses antécédents. S'il s'agit d'une blessure, donnez des précisions sur l'accident, y compris la date et l'endroit où il est survenu.			
Avez-vous <b>déjà</b> souffert d'une blessure ou maladie du même genre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si « <b>oui</b> », donnez des précisions sur votre état de santé, la date de la blessure ou du début de la maladie et le temps d'absence du travail.	

**3** **Votre état de santé (suite)**

Indiquez le nom de tous les médecins que vous avez consultés pour votre état de santé actuel ou vos états de santé antérieurs au cours des **8 dernières années** (veuillez joindre une copie de tous les rapports médicaux à votre disposition).

Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone
Prénom du médecin	Nom	Consultations (jj-mm-aaaa) au
Adresse		Numéro de téléphone

**4** **Vos études et votre formation**

Indiquez la dernière année d'études complétée ou le plus haut diplôme obtenu	Pays où vous avez fait vos études
Connaissances linguistiques Français <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Parlé Anglais <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Parlé Autre : _____ <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Parlé	
Indiquez les cours de nature technique ou administrative suivis	
Indiquez les programmes d'apprentissage effectués	
Quelles connaissances avez-vous en informatique? <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> usage à la maison seulement <input type="checkbox"/> intermédiaire <input type="checkbox"/> expert	Si vous avez un permis de conduire en règle, veuillez préciser la ou les classes <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> motocyclette <input type="checkbox"/> camion <input type="checkbox"/> autobus <input type="checkbox"/> autre _____

**5** **Votre expérience de travail**

<b>Poste actuel</b>	
Votre profession actuelle (titre)	Date d'embauche (jj-mm-aaaa)
Décrivez brièvement vos tâches	

## 5 Votre expérience de travail (suite)

**Emploi antérieur :** Veuillez remplir le tableau suivant, en fournissant des précisions sur les postes que vous avez occupés auparavant.

Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au
Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au
Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au
Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au
Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au
Nom de l'employeur	Titre du poste et tâches	Durée des services (jj-mm-aaaa) au

Compétences acquises en exerçant votre poste actuel et les postes que vous avez occupés auparavant (ex. manipulation d'appareils, fonctions de superviseur, etc.)  
Indiquez le niveau de compétence, s'il y a lieu.

## 6 Retour au travail

Avez-vous repris le travail ou avez-vous essayé de le faire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si « <b>oui</b> », indiquez la date (jj-mm-aaaa) Du _____ au _____	Précisez : <input type="checkbox"/> Temps plein ou <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Emploi habituel ou <input type="checkbox"/> Nouvel emploi/nouvelles tâches
Si « <b>non</b> », quand prévoyez-vous retourner au travail en vue d'exercer votre profession habituelle? (jj-mm-aaaa) _____ ou _____ en vue d'exercer quelque profession que ce soit? (jj-mm-aaaa)		
Participez-vous actuellement à un programme de réadaptation ou de formation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « <b>oui</b> », précisez.		

## 7 Vos autres revenus

Si vous recevez présentement des sommes provenant des sources indiquées ci-dessous ou prévoyez en recevoir, veuillez fournir tous les renseignements demandés ci-dessous. Nous pourrions prendre en considération certains de ces montants dans le calcul de votre prestation.

Source	Avez-vous soumis une demande de prestation?	Si « <b>oui</b> », touchez-vous des prestations?	Si « <b>oui</b> », veuillez fournir les renseignements demandés.			
			Montant	Fréquence	Date d'effet (jj-mm-aaaa)	Numéro de la demande de règlement
Régime provincial d'assurance-invalidité (ex. CAT/CSSIAT/CSST/CSPAAT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$			
Rente d'invalidité d'un régime d'État (ex. RPC/RRQ)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$			
Assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$			
Autre (ex. assurance-prêt, revenu d'invalidité d'une assurance personnelle)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$			
Garanties collectives (ex. invalidité de courte durée ou invalidité de longue durée)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$			
	Nom de la compagnie					Numéro de la demande de règlement

**8 Votre déclaration et autorisation**

J'atteste que les réponses données ci-dessus sont exactes et complètes. J'autorise les médecins et les professionnels de la santé autorisés qui m'ont observé à des fins de diagnostic ou de traitement, les hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux dans lesquels j'ai été patient, les organismes publics, de même que les établissements privés spécialisés en services sociaux ou de la santé, à communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Financière Sun Life) les renseignements dont elle a besoin aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande de règlement. J'autorise la Financière Sun Life, ses conseillers et ses fournisseurs de services à recueillir les renseignements nécessaires à l'évaluation et à la gestion de cette demande de règlement avec toute personne ou tout organisme détenant des renseignements se rapportant à cette demande, y compris les professionnels de la santé, les organismes publics, les régimes provinciaux d'assurance-maladie, les établissements, les agences d'investigation et les compagnies d'assurance ou de réassurance, et à utiliser ces renseignements ou à les échanger avec ces mêmes personnes ou organismes si la Financière Sun Life le juge nécessaire aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pour la durée de la présente demande.

Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne assurée ou signature du mandataire (autorisé par une procuration relative aux biens) X
-------------------	--

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

**Mandataire (joindre une copie de la procuration relative aux biens)**

Nom du mandataire		Lien
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone à la maison		Numéro de téléphone au travail

**Veillez retourner le formulaire à :**

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
227, rue King Sud, C.P. 1601, succ. Waterloo  
Waterloo ON N2J 4C5

Si vous le préférez, vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au numéro ci-dessous. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir vous y reporter au besoin.

Numéro de télécopieur : 1-866-487-4745

# Renseignements importants

**Important :** Remettre cette page au demandeur.

## **Protection des renseignements personnels**

Pour le groupe Financière 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](http://www.sunlife.ca/confidentialite).