

Contenu de la trousse de règlement ILD

Trousse à l'intention du promoteur de régime

Comment utiliser cette trousse :

À EXAMINER	<ul style="list-style-type: none">Le lien ci-dessous vous mènera à la Déclaration du promoteur du régime. Le lien «Retour à la page de directives» qui se trouve dans le formulaire vous ramènera à la présente page.
À REMPLIR	<ul style="list-style-type: none">Vous avez la possibilité d'enregistrer l'information que vous entrez dans le formulaire.Remplissez la Déclaration du promoteur du régime au complet.
À ENVOYER	<p>TÉLÉCOPIEUR</p> <ul style="list-style-type: none">Imprimez la Déclaration du promoteur du régime remplie (pages 2 à 9) et signez la déclaration qui se trouve à la fin du formulaire.Envoyez le formulaire par télécopieur 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. <p>COURRIEL</p> <ul style="list-style-type: none">Communiquez avec votre représentant au service clientèle pour savoir comment enregistrer le nom de domaine de votre courriel en vue d'échanger des courriels protégés par le protocole Transport Layer Security (TLS).La Sun Life n'acceptera pas les renseignements confidentiels que contiennent ces formulaires s'ils sont envoyés par courriel, sauf si le protocole de transmission électronique sécurisée TLS est utilisé.

Déclaration du promoteur du régime – ILD

Déclaration du promoteur du régime Demande de prestations d'invalidité de longue durée

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

Partie 1 : Renseignements sur l'emploi et sur la couverture

1 Renseignements sur le participant

Pour procéder à l'étude de la présente demande, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie 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 et le présenter au moins 8 semaines avant l'expiration du délai de carence.

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
Numéro de téléphone (domicile) - -		Autre numéro de téléphone - -	
Titre du poste/Profession habituelle			

2 Renseignements sur le promoteur du régime

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

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) - -
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

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.

3 Renseignements sur l'emploi (suite)

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) a) <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Précisez le nombre d'heures par semaine. _____ b) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Saisonnier c) <input type="checkbox"/> Salarié horaire <input type="checkbox"/> Salarié non horaire <input type="checkbox"/> Rémunéré à la commission d) <input type="checkbox"/> Syndiqué	

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.

--

4 Renseignements sur la couverture

Date d'effet de la couverture ILD de base du participant auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (jj-mm-aaaa) — —	Date d'effet de la couverture ILD facultative du participant auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (jj-mm-aaaa) — —
Catégorie de couverture (le cas échéant)	Le participant a-t-il été tenu de présenter une attestation d'admissibilité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

1. La couverture ILD a-t-elle pris fin? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date.

Date (jj-mm-aaaa) — —

2. Le paiement des primes ILD a-t-il pris fin? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date.

Date (jj-mm-aaaa) — —

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 du Canada, compagnie d'assurance-vie 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 collective

<input type="checkbox"/> Assurance-vie de base	\$	<input type="checkbox"/> Assurance-vie facultative	\$	<input type="checkbox"/> Assurance Décès et mutilation accidentels	\$
<input type="checkbox"/> Assurance DMA facultative	\$	<input type="checkbox"/> Assurance-vie des personnes à charge	\$	<input type="checkbox"/> Assurance DMA facultative des personnes à charge	\$
<input type="checkbox"/> Assurance-vie facultative des personnes à charge	\$				

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 dernier jour de travail (exclusion faite des heures supplémentaires, des gratifications et des commissions)	\$	Diminué de l'impôt fédéral/provincial sur le revenu	\$
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	

5 Revenus et avantages (suite)

1. Le régime 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.
2. 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. _____
3. 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. _____

4. À quelle date le salaire du participant a-t-il cessé (cessera-a-t-il) d'être versé?

5. Verser-vous actuellement une rémunération quelconque au participant? Non Oui
Dans l'affirmative, répondre à a) et b) ci-dessous.

a) Montant?

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?

6. D'après vos dossiers, à combien s'élèvent les prestations ILD?

7. 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 préciser ci-dessous.

8. Le participant participe-t-il à un régime de retraite ou de pension de retraite? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le n° d'enregistrement

9. Quel montant le participant percevra-t-il au titre de votre régime de retraite ou de pension, le cas échéant?

10. 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

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?

A-t-il présenté une demande à cet égard? Non Oui

non réduite
À compter de quelle date?

A-t-il présenté une demande à cet égard? Non Oui

6 Commission des accidents du travail/CSST

1. 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 CSST? Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez continuer.

Quel est le numéro de la demande?

Montant de la prestation mensuelle \$

2. Le participant a-t-il reçu une allocation pour invalidité permanente?

Non Oui Dans l'affirmative, quand l'a-t-il 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. \$

3. Si la demande du participant a été refusée ou s'il a été mis fin au service de ses prestations, en a-t-il appelé de cette décision? Non Oui

Date (jj-mm-aaaa)
- -

Dans l'affirmative, indiquez la date où il a fait cette démarche.

Veuillez indiquer à quelle étape en est sa démarche (si vous le savez).

- Présentation verbale Commission d'appel Groupe d'experts médicaux
 Révision médicale Autre _____

7 Déclaration relative à la Partie 1

J'atteste que les déclarations faites à la Partie 1 du 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 - -	

Partie 2 : Renseignements sur l'invalidité et les tâches du participant

1 Renseignements sur le participant

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

2 Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

La présente section porte sur les tâches spécifiques du participant; il est donc recommandé de la faire remplir par le supérieur hiérarchique immédiat du participant. S'il existe déjà une description de tâches du participant, veuillez la joindre au présent formulaire.

1. D'après ce que vous avez observé, en quoi la capacité du participant de s'acquitter de ses fonctions a-t-elle été touchée?

2. Quand la maladie ou blessure du participant a-t-elle commencé à lui nuire dans l'exercice de ses fonctions?

Date (jj-mm-aaaa)
- -

3. A-t-on modifié les tâches du participant en raison de sa maladie ou blessure?
 Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Quelles modifications ont été apportées, et à quelle date?

4. Si le participant pouvait retourner au travail à temps partiel ou moyennant une modification de ses tâches, auriez-vous un poste à lui confier?
 Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

3 Antécédents professionnels récents

1. Quelle était la situation du participant lors de son dernier jour de travail?

Titre du poste	Profession
----------------	------------

2. Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste?

Années	Mois

3. Si le participant a changé de poste ou de fonctions au cours des 12 mois qui ont précédé son arrêt de travail, veuillez décrire ses tâches ou ses fonctions précédentes et donner les raisons qui ont entraîné ce changement ainsi que la date de celui-ci.

4. Veuillez donner les dates de tout congé de maladie, congé de maternité ou licenciement ayant eu lieu dans les 12 mois précédant le début de l'invalidité, et fournir des précisions à ce sujet.

Type de congé	Précisions	Début (jj-mm-aaaa)	Fin (jj-mm-aaaa)
		- -	- -
		- -	- -
		- -	- -

4 Milieu de travail et activités professionnelles

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	<input type="checkbox"/>				
plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>				
plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>				
grimper	<input type="checkbox"/>				
conduire	<input type="checkbox"/>				
le jour	<input type="checkbox"/>				
la nuit	<input type="checkbox"/>				
atteindre des objets placés :	<input type="checkbox"/>				
plus haut que ses épaules	<input type="checkbox"/>				
à la hauteur de ses épaules	<input type="checkbox"/>				
plus bas que ses épaules	<input type="checkbox"/>				
se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>				
s'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail en position debout continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Milieu de travail et activités professionnelles (suite)

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	N ^{bre} de fois par jour OU temps en pourcentage

8. Aspects cognitifs/non physiques du travail

- Le participant doit-il répondre à des plaintes? Non Oui
- Son évaluation est-elle principalement basée sur sa production? Non Oui
- Travaille-t-il en étroite collaboration avec des collègues? Non Oui
- Est-il responsable de l'atteinte des objectifs de rendement et de la prise de décisions dans son service? Non Oui

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.

--	--

5 Observations complémentaires

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

--	--

6 Déclaration relative à la Partie 2

J'atteste que les déclarations faites à la Partie 2 du 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 — —	

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

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 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 à l'adresse appropriée.

Halifax :

Télec. : 1 866 639-7850

CP 11480 Succ CV
Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télec. : 1 866 209-7215

CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télec. : 1 866 639-7846

CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

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

Vancouver :

Télec. : 1 866 639-7829

CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6