

**IMPORTANT**

- Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à votre Bureau des ressources humaines. De plus, remplissez la Partie 1 du formulaire « Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant » (TBS/SCT 330-304) et remettez-la, avec la Partie 2, à votre médecin traitant. Sinon, des délais pourraient se produire dans le paiement des prestations auxquelles vous pourriez être admissible.
- Veuillez répondre à toutes les questions. Utilisez des feuilles séparées si nécessaire et joignez-les aux formulaires appropriés. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec votre Bureau des ressources humaines.
- Vous devez retourner le présent formulaire, dûment rempli, à votre employeur dans les huit semaines suivant la date du début de votre invalidité.
- Vous **devez** aviser la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée l'« Assureur ») dans les plus brefs délais, dans les situations suivantes :
  - amélioration de votre état de santé permettant un retour au travail,
  - retour au travail à titre d'employé ou de travailleur autonome,
  - changement d'adresse.

**Renseignements personnels**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nom  | Prénom   | Nom de jeune fille (pour les résidentes du Québec)                    |
| Adresse  |  |   |
| Ville  | Province   | Code postal   |
| N° de téléphone (domicile)<br>( )                | Date de naissance ( Jour / Mois / Année )<br>/ / | Sexe<br><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| Numéro d'assurance sociale (à des fins fiscales) |  | N° de certificat<br><b>CG -</b>                                       |

**Renseignements sur votre emploi**

|                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| Nom du superviseur                   | N° de téléphone<br>( ) |
| Nom et adresse du ministère<br>_____ |                        |

|    |  |   |      |       |  |
|----|--|---|------|-------|--|
| 1. | À partir de quelle date votre maladie ou blessure vous a-t-elle empêché de travailler?                           | Jour  | Mois | Année |  |
| 2. | Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi?  | Jour  | Mois | Année | <input type="checkbox"/> Temps plein<br><input type="checkbox"/> Temps partiel |
| 3. | Quand prévoyez-vous être en mesure d'accepter un autre emploi?   | Jour  | Mois | Année | <input type="checkbox"/> Temps plein<br><input type="checkbox"/> Temps partiel |
| 4. | Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                   |      |       |  |
|    | Durant quelle période êtes-vous retourné au travail?   | Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.                          |      |       |  |
|    | <b>Du</b> Jour Mois Année <b>au</b> Jour Mois Année  |   |      |       |  |
|    | Avez-vous occupé :   | Êtes-vous retourné à :  |      |       |  |
|    | <input type="checkbox"/> votre propre poste <input type="checkbox"/> un nouvel emploi ou des fonctions modifiées | <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel |      |       |  |
| 5. | Avez-vous participé à des activités vous rapportant un salaire ou un profit depuis le début de votre invalidité? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                   |      |       |  |
|    |  | Si oui, veuillez préciser.<br>_____   |      |       |  |

**Renseignements sur votre maladie ou blessure**

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | <b>a)</b> Êtes-vous confiné à domicile?  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <b>b)</b> Êtes-vous alité?                                | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <b>c)</b> Êtes-vous hospitalisé?  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 2. | Votre médecin a-t-il recommandé d'apporter des modifications ou certaines restrictions au type de travail que vous faites? |   | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |   | Veuillez décrire les modifications et la date à laquelle elles ont été apportées.<br>_____<br>_____ |   |

**Maladie ou blessure attribuable à un accident**

|           |   |  |                                     |   |
|-----------|---|--|-------------------------------------|---|
| <b>1.</b> | Votre maladie ou blessure est-elle attribuable à un accident?                                 | <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Oui        | <i>Si oui, répondez aux questions suivantes.</i>            |
| <b>2.</b> | Où s'est produit l'accident?  | <input type="checkbox"/> À votre domicile  | <input type="checkbox"/> Au travail | <input type="checkbox"/> Ailleurs veuillez préciser : _____ |
| <b>3.</b> | Quand s'est produit l'accident?   | Jour   | Mois                                | Année   |
|           |   | /  | /                                   |   |
| <b>4.</b> | Comment s'est produit l'accident?<br>_____  |  |                                     |   |
| <b>5.</b> | Dans le cas d'un accident d'automobile, étiez-vous le conducteur?                             | <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Oui        |   |
| <b>6.</b> | Des mesures légales sont/seront-elles entreprises contre la partie responsable de l'accident? |  |                                     |   |
|           | <input type="checkbox"/> Oui  | Nom de votre avocat _____  |                                     |   |
|           |   | Adresse _____  |                                     | N° de téléphone<br>(      )                                 |
|           |   | Ville _____  | Province _____                      | Code postal _____   |
|           | <input type="checkbox"/> Non  | Pourquoi avez-vous décidé de ne pas entreprendre de telles mesures?<br>_____<br>_____<br>_____ |                                     |   |

**Indemnités d'accident de travail** (Veuillez joindre une copie de toute correspondance relative à votre demande d'indemnités d'accident de travail.)

|           |  |   |  |   |
|-----------|--|---|--|---|
| <b>1.</b> | Si votre maladie ou blessure est de nature professionnelle, avez-vous fait une demande pour recevoir des indemnités d'accident de travail? | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Oui                         | <i>Si non, veuillez expliquer :</i><br>_____  |
| <b>2.</b> | Recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir des indemnités d'accident de travail?   | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Oui                         | <i>Si oui, veuillez continuer :</i>   |
|           | Quel est votre numéro de demande d'indemnisation?  | Quel est le montant hebdomadaire d'indemnisation? |  | \$ _____  |
| <b>3.</b> | Avez-vous reçu ou prévoyez-vous recevoir un montant pour une atteinte permanente?  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Oui                         | <i>Si oui, quand l'avez-vous reçu?</i>  |
|           |  |   |  | Jour      Mois      Année<br>/           /  |
|           |  |   |  | <i>Quelle est la date du premier versement?</i>   |
|           |  |   |  | Jour      Mois      Année<br>/           /  |
|           | Était-ce une indemnisation mensuelle?  | <input type="checkbox"/> Non                      | <input type="checkbox"/> Oui                         | <i>Si oui, quel en était le montant?</i> \$ _____   |
|           |  |   |  | <i>Était-ce un règlement forfaitaire?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, quel en était le montant?</i> \$ _____ |
| <b>4.</b> | Si votre demande a été refusée ou classée, en avez-vous appelé de la décision?   |   |  |   |
|           | <input type="checkbox"/> Non   | Si non, pourquoi pas?<br>_____<br>_____           |  |   |
|           | <input type="checkbox"/> Oui   | Si oui, quand avez-vous déposé votre appel?       |  | Jour      Mois      Année<br>/           /  |
|           |  | De quel type d'appel s'agissait-il (si connu)?    |  |   |
|           | <input type="checkbox"/> Oral  | <input type="checkbox"/> Bureau de révision       | <input type="checkbox"/> Comité d'expertise médicale |   |
|           | <input type="checkbox"/> Bureau médical  | <input type="checkbox"/> Autre : _____            |  |   |

**Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec**

**1.** Avez-vous fait une demande de prestations d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec?

Oui      Quand avez-vous fait la demande? 

|      |      |       |
|------|------|-------|
| Jour | Mois | Année |
| /    | /    |       |

Non      Si non, veuillez expliquer pourquoi.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.** Si vous avez fait une demande de prestations d'invalidité, a-t-elle été approuvée?

Oui      Veuillez joindre à ce formulaire une copie de l'avis d'admissibilité.

Non      Si votre demande a été refusée ou que vous en avez appelé de la décision, veuillez préciser et indiquer les dates. De plus, joignez une copie de la lettre de décision.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vos autres sources de revenu**

Veuillez énumérer tout montant d'argent que vous recevez à l'heure actuelle ou que vous prévoyez recevoir de toute autre source que celles mentionnées précédemment. Il se peut que nous tenions compte de certains de ces montants au moment de calculer votre prestation d'assurance-invalidité.

| Source  | Nom de la source et numéro de police | Avez-vous fait une demande pour recevoir ce revenu? |                          | Recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir un revenu? |                          | Montant mensuel |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----------------|
|   |                                      | Oui   | Non                      | Reçoit  | Prévoit recevoir         |                 |
| Autres régimes d'assurance d'association ou de groupe |                                      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |
| Autres régimes gouvernementaux (non limité au Canada) |                                      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |
| Assurance automobile (provinciale)                    |                                      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |
| <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>     | s.o.                                 | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |
| Indemnité pour les victimes de crime                  | s.o.                                 | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |
| Autre (veuillez préciser)                             |                                      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                 |

**Retour au travail**

Le retour au travail est une composante importante de votre programme thérapeutique. Si vous êtes admissible, l'Assureur propose un programme visant à vous aider à retourner au travail. Un spécialiste de la réadaptation représentant l'Assureur pourrait communiquer avec vous. Étant donné que le Régime d'assurance-invalidité utilise une définition de l'invalidité différente pour les 24 premiers mois de prestations et pour la période subséquente, il est nettement plus avantageux pour vous de profiter de la période pendant laquelle vous recevez un appui financier en vertu du Régime pour préparer votre retour sur le marché du travail. Cette situation est particulièrement vraie lorsque les seules restrictions que vous impose votre invalidité ne s'appliquent qu'à votre emploi.

**1.** Que vous a dit votre médecin à propos d'un retour au travail?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.** Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur, que ce soit à votre poste tel qu'il existait auparavant, à votre poste en apportant des modifications à vos tâches, ou à un autre poste?

Non

Oui      Si oui,       À temps partiel?       À temps plein?       Ou de façon progressive?

Veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| <b>Vos antécédents professionnels (Joignez un curriculum vitae, si disponible.)</b> |   |           |                          |
|---|---|-----------|--------------------------|
| De  | À | Employeur | Titre d'emploi et tâches |
|   |   |           |                          |
|   |   |           |                          |
|   |   |           |                          |
|   |   |           |                          |
|   |   |           |                          |

| <b>Votre formation scolaire et vos compétences acquises</b> |  |
|---|--|
| <b>1.</b>   | Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété ou le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu?   |
| <b>2.</b>   | <p>Veillez décrire tout autre programme de formation scolaire ou de perfectionnement que vous avez suivi (p. ex., la formation sur place, les cours d'intérêts spéciaux). De plus, énumérez toute autre compétence que vous avez acquise (p. ex., la dactylographie, l'informatique, l'opération d'équipement, les aptitudes à la supervision, les licences spéciales). Il peut également s'agir des compétences acquises au cours d'activités de bénévolat, de passe-temps ou d'intérêts personnels. Utilisez d'autres feuilles, si nécessaire.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| <b>Dépôt automatique de vos prestations d'invalidité</b>   |                  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Si vous devenez admissible à des prestations en vertu du Régime d'assurance-invalidité, pour votre commodité, celles-ci peuvent être déposées directement dans votre compte de banque, de société de fiducie, de caisse populaire ou de coopérative de crédit au Canada. Si vous souhaitez que les paiements soient déposés dans un compte chèque, veuillez joindre <b>un chèque portant la mention « nul »</b> . Si vous préférez que les paiements soient déposés dans un compte épargne, veuillez fournir les renseignements suivants.                                  |                  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nom de l'institution financière  | Adresse          |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Numéro de banque</td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> </tr> <tr> <td>Numéro de succursale</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Numéro de compte</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Numéro de banque |  |  |  |  |  |  |  | Numéro de succursale |  |  |  |  |  |  |  | Numéro de compte |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numéro de banque   |                  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numéro de succursale   |                  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numéro de compte   |                  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>Déclaration, autorisation et signature de l'employé</b>  |           |      |
|---|-----------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Je certifie que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.</li> <li>J'autorise mon médecin, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et toute personne (ou organisation) qui possède des renseignements personnels pertinents me concernant, y compris les professionnels de la santé et les établissements de santé, les agences d'enquête, les assureurs et les personnes offrant des services au nom de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, d'échanger les renseignements requis à la souscription d'une assurance, à l'administration des demandes de prestations ou au paiement de prestations.</li> <li>Je consens à ce qu'une enquête soit menée à mon sujet dans le cadre de cette demande de prestations.</li> <li>J'accepte d'aviser la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, dans les plus brefs délais si une modification de mon état influant sur ma capacité à retourner au travail ou si une modification de mon revenu mensuel se produit.</li> <li>Je réalise que mes paiements d'invalidité seront réduits si je reçois d'autres revenus tel que, mais non limités à ceux-ci, une prestation en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec ou de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>.</li> <li>Je suis d'accord qu'une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original.</li> </ul> |           |      |
| Nom (en lettres moulées)  | Signature | Date |

**Après avoir rempli ce formulaire, veuillez le retourner à votre employeur. Ce dernier le fera parvenir à l'Assureur avec la Déclaration de l'employeur.**

| <b>Contact téléphonique</b>   |
|---|
| <b>À la réception de votre demande par l'Assureur, vous pourriez recevoir un appel téléphonique de la personne chargée de l'évaluation de votre demande. Cet appel est une occasion pour vous de discuter et de clarifier certaines questions à l'égard de votre demande. (Remarque : il est possible qu'un appel ne soit pas jugé nécessaire.)</b> |

Les renseignements requis dans ce formulaire sont donnés de façon volontaire. Les renseignements sont recueillis par le Conseil du Trésor au nom de l'Assureur à des fins d'administration du Régime d'assurance-invalidité. L'Assureur doit obtenir ces renseignements pour prendre une décision à l'égard de votre demande de prestations. Un formulaire non rempli peut entraîner le rejet de votre demande de prestations d'assurance-invalidité. Ces renseignements seront sauvegardés dans le *fichier de renseignements personnels no. POE-901 et TPSGC-PCE-703*. Ils seront protégés contre la divulgation à des personnes ou des agences non autorisées en vertu des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. En vertu de cette loi, vous avez le droit de demander de consulter vos renseignements personnels détenus par une organisation du gouvernement fédéral et de demander la correction des renseignements si vous croyez qu'ils contiennent des erreurs ou des omissions.