



Ce formulaire est composé de deux parties.

La **Partie 1** permet de recueillir des renseignements sur l'emploi du demandeur et la couverture dont ce dernier bénéficie. **Cette partie doit être remplie par l'agent des ressources humaines.**

La **Partie 2** porte sur les tâches remplies par l'employé dans le cadre de son emploi. **Cette partie doit être remplie par le superviseur ou le directeur immédiat de l'employé. Veuillez joindre une copie de la description de tâches applicable.**

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée l'« Assureur ») doit recevoir le présent formulaire avant de procéder à l'évaluation de la demande de prestations. Veuillez le faire parvenir ainsi que la « Déclaration de l'employé », dûment remplis, à la Direction des pensions de retraite au moins huit semaines avant l'expiration de la période d'attente, pour éviter tout délai de paiement des prestations.

L'Assureur doit être immédiatement avisé du retour au travail de l'employé, pour éviter le versement excédentaire de prestations.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ET L'ASSURANCE

Renseignements sur l'employeur

Nom du ministère ou organisme

Adresse complète

Ville		Province	Code postal	N° de téléphone ()
Bureau de paye	Code alpha du ministère	Feuille de paie		Code d'indicateur d'unité de négociation (IUN)/Code de classification

Renseignements sur l'employé

Nom		Prénom	Nom de jeune fille (pour les résidentes du Québec)	
Adresse			Date de naissance / /	Preuve d'âge ci-jointe <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ville		Province	Code postal	N° de téléphone ()
N° du compte de pension			N° de certificat CG -	

Renseignements sur la couverture

1.	Dernière date d'entrée en service au sein de la fonction publique fédérale?			Jour	Mois	Année
				/	/	/
2.	Date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance-invalidité?			Jour	Mois	Année
				/	/	/
3.	La couverture d'assurance a-t-elle déjà pris fin?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, inscrire la date et la raison ainsi que la date de la remise en vigueur de l'assurance, le cas échéant.			

4.	a) Montant de la dernière prime d'assurance-invalidité déduite du salaire de l'employé	\$	b) Mois et année de la dernière déduction de prime d'assurance-invalidité	Mois	Année	

Renseignements sur l'emploi

1.	Situation professionnelle au moment de la dernière embauche (cocher une seule case)			
		Temps plein	Temps partiel	
	Période indéterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Période de 6 mois ou moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Période de plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Emploi saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Lieu de travail : <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Ailleurs (Expliquer ci-dessous)			

Renseignements sur l'emploi (suite)

3.	Quel poste occupait l'employé à son dernier jour de travail?			
4.	À quelle date remonte la nomination de l'employé à ce poste? (Joignez une copie de la description de tâches courante.)	Jour	Mois	Année
		/	/	
5.	a) Combien d'heures l'employé devait-il normalement travailler par semaine?			
	b) À quelle date ces heures de travail ont-elles été autorisées?	Jour	Mois	Année
		/	/	
	c) Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, quel serait le nombre d'heures à temps complet?			
	d) Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, quel serait son salaire à temps complet?			
				\$
6.	Quel a été le dernier jour de travail actif de l'employé?	Jour	Mois	Année
		/	/	
7.	L'employé s'est-il absenté du travail pour des raisons de santé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
8.	Si l'employé est absent du travail pour toute autre raison que la maladie ou l'invalidité (p. ex., congé de maternité), veuillez préciser. _____			
9.	L'employé était-il en congé sans solde? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à compter de quelle date?	Jour	Mois
			/	/
10.	a) L'employé a-t-il été rayé de l'effectif de façon permanente? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à quelle date?	Jour	Mois
			/	/
	b) Veuillez préciser :			
11.	L'employé a-t-il repris son emploi? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à quelle date?	Jour	Mois
			/	/
12.	Si elle est connue, quelle est la date prévue de retour au travail?	Jour	Mois	Année
		/	/	
13.	Le poste régulier de l'employé est-il toujours disponible? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si non, veuillez expliquer. _____		
14.	Si le poste ou l'affectation de l'employé a changé au cours des 12 mois précédant sa dernière journée de travail, énumérez les affectations ou les postes antérieurs. De plus, veuillez indiquer les raisons de ces changements et leurs dates d'entrée en vigueur. _____			
15.	Veuillez indiquer les dates de tout congé de maladie, congé de maternité ou autre congé pris dans les 12 mois précédant la maladie ou la blessure et donner des détails à propos de ceux-ci. Au besoin, utilisez d'autres feuilles.			
	Nature du congé	Détails	Date de début du congé	Date de fin du congé
				Nombre de jours ouvrables
16.	À votre connaissance, l'employé travaille-t-il ailleurs à l'heure actuelle? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
	Si oui, veuillez préciser. _____			

Renseignements sur le revenu et les avantages garantis

(Si certaines questions ne s'appliquent pas, veuillez inscrire « s.o. » dans la case.)

1.	Veuillez donner des détails sur le salaire et les avantages garantis en vigueur le dernier jour du délai de carence. (Utilisez le taux proportionnel dans le cas d'un employé à temps partiel.)		
	Taux de rémunération autorisé	Taux	Salaire annuel
	Salaire	\$ par	\$
	Avantages garantis - précisez le type	Taux	
		\$ par	\$
		\$ par	\$
		\$ par	\$
	Total		\$
2.	Quel est le salaire annuel rajusté total? (Arrondissez au prochain multiple de 250 \$ si ce n'est pas déjà le cas.)		
			\$
3.	Quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt fédéral sur le revenu inscrites sur le dernier formulaire TD1? (Pour les résidents du Québec, utilisez le dernier formulaire TPD1.)		
			\$
4.	Pour les résidents du Québec, quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt provincial sur le revenu inscrites sur le formulaire MR19?		
			\$
5.	a) L'employé avait-il des jours de congé de maladie accumulés au dernier jour de travail actif? (Veuillez inclure les crédits obtenus au cours du délai de carence.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, combien de jours? _____
	b) A-t-on accordé à l'employé un congé de maladie par anticipation?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, combien de jours? _____
6.	Quelle est la date du dernier jour de congé de maladie payé? (5a + 5b)	Jour	Mois
		/	Année
			/
7.	Si l'employé n'était ou n'est pas autorisé à utiliser tous les crédits de congé de maladie disponibles, indiquez la date à laquelle ils ont pris fin et donnez la ou les raisons du non-paiement.	Jour	Mois
		/	Année
			/
8.	D'autres types de congés payés ont-ils été accordés?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, lesquels? _____
9.	À quelle date tous les congés payés seront-ils épuisés?	Jour	Mois
		/	Année
			/
10.	Quel est le dernier jour du délai de carence? (13 semaines après le début de la maladie ou de la blessure ou date de l'expiration des crédits de congé de maladie mentionnés aux questions 5a et 5b si cela survient plus tard)	Jour	Mois
		/	Année
			/

Renseignements sur d'autres rentes d'invalidité

1.	À l'exception des montants versés en vertu de la <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i> , à votre connaissance, l'employé est-il admissible à d'autres prestations d'invalidité provenant d'une des sources suivantes :	Non	Oui	Ne sais pas
	a) Autre assurance collective (y compris les assurances auxquelles ont droit les membres d'une association)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Régime de pension du Canada ou Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Autres régimes d'assurances gouvernementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, et que la demande de prestations N'A PAS ÉTÉ APPROUVÉE À CE JOUR, veuillez préciser à la section « Remarques » et inclure la source, la nature, la date d'adhésion, la date de début des prestations et le montant mensuel, si vous connaissez ces renseignements.			
	Si oui, et que la demande de prestations A ÉTÉ APPROUVÉE, veuillez joindre une copie du communiqué officiel.			
	Remarques	_____		

Indemnisation des accidentés du travail

1.	L'employé est-il admissible à une indemnité d'accident du travail? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
2. a)	L'employé en a-t-il fait la demande? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, une décision a-t-elle été rendue? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b)	Quel est le montant d'indemnité reçu ou prévu? \$ par semaine	
c)	Quelle est la date de début de l'indemnisation?	Jour Mois Année / /
d)	Quelle est la date de cessation de l'indemnisation?	Jour Mois Année / /

Déclaration de la Partie 1

Les renseignements fournis dans la Partie 1 de ce formulaire sont exacts et complets d'après nos dossiers.

Nom de l'agent désigné (en lettres moulées)	Titre	N° de téléphone ()
Signature	Date	N° de télécopieur ()

PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ ET L'EMPLOI DE L'EMPLOYÉ

(doit être remplie et signée par le superviseur ou le directeur immédiat de l'employé)

Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation (Si nécessaire, utilisez d'autres feuilles et joignez-les à la présente.)

L'expérience a montré qu'un grand nombre d'employés invalides pourraient travailler de façon productive s'ils recevaient de l'aide et des encouragements en vue de retourner au travail. Lorsqu'un employé invalide ne travaille pas, il peut être victime d'une réelle perte de motivation et d'une détérioration de sa capacité à reprendre un travail productif. Lorsque l'Assureur juge que le demandeur est un candidat apte à la réadaptation, des représentants de l'unité de réadaptation de l'Assureur communiquent avec le ministère employeur pour concerter leurs efforts en vue d'encourager l'employé et d'adapter son emploi en fonction de ses capacités. Le Conseil de gestion du Régime d'assurance-invalidité et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, au nom du titulaire de la police, appuient énergiquement le principe de la réadaptation et les efforts des ministères, des agences et de l'Assureur visant le retour au travail des employés aptes à occuper un emploi productif.

Veillez indiquer le nom du représentant du ministère ou de l'organisme avec qui l'Assureur devrait communiquer dans le cas où le demandeur serait un candidat potentiel à la réadaptation.

Nom	Titre	N° de téléphone ()
Adresse		N° de téléphone ()

1.	Veillez décrire les principales tâches de l'employé et le pourcentage des heures d'une semaine de travail normalement accordé à chacune d'entre elles. (Si la description de tâches ci-jointe comprend ces renseignements, vous n'avez pas à répondre à cette question.)		
	Tâches	Pourcentage d'une semaine de travail	
2.	À quelle date est survenue la maladie ou la blessure qui nuit au travail de l'employé?	Jour Mois Année / /	

Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation (suite)

3. Selon vos observations, la capacité de l'employé à effectuer son travail a-t-elle changé? Non
 Oui Si oui, expliquez.

4. Des changements ont-ils été apportés aux tâches de l'employé à la suite de la maladie ou de la blessure? Non
 Oui

Si oui, veuillez préciser. Quels sont les changements apportés et quand ont-ils été mis en œuvre?

5. Si l'employé pouvait retourner au travail selon un horaire allégé ou à la suite de la modification de ses tâches, pourrait-il occuper un poste adapté à ses besoins?

<input type="checkbox"/> Non	Pour quelles raisons?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Oui	Donnez des exemples :	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Environnement de travail physique et activités professionnelles

1. Dans le cadre de son emploi, l'employé doit-il travailler dans les conditions suivantes?

à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____
dans une chaleur ou un froid extrême	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____
dans un milieu humide	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____
dans une ambiance bruyante	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____
dans un environnement poussiéreux ou non ventilé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____
en présence de fumées toxiques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, quel pourcentage du temps?	_____

2. Dans le cadre de son emploi, l'employé doit-il manipuler des produits chimiques? Non
 Oui

Si oui, veuillez énumérer ci-dessous les produits chimiques en question.

Environnement de travail physique et activités professionnelles (suite)

3.	Dans le cadre de ses fonctions normales, quel pourcentage du temps l'employé doit-il soulever ou transporter les charges suivantes?					
		Jamais	1 à 25%	26 à 50%	51 à 75%	76 à 100%
	plus de 50 lbs ou 22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	plus de 20 lbs ou 9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	plus de 10 lbs ou 4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Dans le cadre de ses fonctions normales, quel pourcentage de temps l'employé doit-il effectuer les activités suivantes?					
		Jamais	1 à 25%	26 à 50%	51 à 75%	76 à 100%
	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conduire un véhicule :					
	le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'étirer pour saisir un objet :					
	au-dessus de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	au-dessous de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pendant combien de temps l'employé doit-il faire les activités suivantes sans arrêt avant de changer de position ou d'activité?					
		de 0 à 30 minutes	de 31 à 60 minutes	de 61 à 90 minutes	plus de 90 minutes	
	Rester assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Au cours d'une journée de travail normale, pendant combien d'heures l'employé doit-il effectuer les activités suivantes?					
		de 0 à 2 heures	de 3 à 4 heures	de 5 à 6 heures	de 7 à 8 heures	
	Rester assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Quel pourcentage du temps l'employé consacre-t-il aux activités suivantes?					
	Parler		Écrire		Superviser d'autres personnes	
	%		%		%	

Environnement de travail physique et activités professionnelles (suite)

8. Veuillez énumérer les machines, outils ou tout autre équipement utilisés par l'employé dans le cadre de ses fonctions. Vous pouvez choisir d'indiquer le nombre de fois par jour où l'équipement est utilisé ou le pourcentage de temps consacré à l'utilisation de l'équipement, selon la méthode la plus appropriée.

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

Renseignements supplémentaires

Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire qui n'a pas déjà été mentionné et qui pourrait être pertinent à cette demande de prestations.

Déclaration de la Partie 2

Au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans la Partie 2 de ce formulaire sont exacts et complets.

Nom de l'agent désigné (en lettres moulées)	Titre	N° de téléphone ()
Signature	Date	N° de télécopieur ()

PARTIE 3 - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE

Déclaration de la Direction des pensions de retraite

1. L'employé est-il admissible à des prestations en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*? Non
 Oui

Si oui, est-ce une rente mensuelle? Non
 Oui Si oui, Montant \$ Date d'entrée en vigueur

Est-ce un montant forfaitaire? Non
 Oui Si oui, Est-ce un RDC? VT? Montant \$

Date du paiement / / Quel est l'équivalent mensuel, le cas échéant? \$ Date du début des prestations / /

2. Une Déclaration d'assurabilité personnelle a-t-elle été remplie par suite d'une demande d'adhésion au Régime d'assurance-invalidité? Non
 Oui

3. N° de sous-division

4. Nombre d'années de service ouvrant droit à une pension

5. Y a-t-il eu une interruption de service? Si oui, veuillez expliquer en détail ci-après.
 Remarques

Réservé au directeur - Section de l'assurance, Direction des pensions de retraite

Nom (en lettres moulées)	N° de téléphone ()
Signature	Jour Mois Année / /

Les renseignements inscrits dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs accordés au Conseil du Trésor et ils sont destinés à l'administration du Régime d'assurance-invalidité. Les renseignements personnels seront protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. La personne à l'endroit de laquelle vous fournissez des renseignements personnels peut avoir accès à ces renseignements en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Ces renseignements seront sauvegardés dans le fichier de renseignements personnels no. POE-901 et TPSGC-PCE-703.