



Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector
P.O. Box 5010
Shediac, N.B.
E4P 9B4

Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle
C.P. 5010
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4

Superannuation Number Numéro de pension de retraite			
Date	Y-A	M	D-J

TO: PERSONNEL OFFICE

AU : BUREAU DU PERSONNEL

**Re: Group Policy 12500-GD
Disability Insurance Claim**

**Objet : Police d'assurance collective 12500-GD
Demande de règlement d'assurance-invalidité**

Name - Nom	Paylist - Liste de paye	Individual Agency Number Numéro individuel d'organisme
------------	-------------------------	---

We acknowledge receipt of the above-named employee's claim for disability benefits, which has been forwarded to the underwriters for their review. Would you please notify the employee concerned.

Nous accusons réception de la demande de règlement de prestations d'invalidité pour l'employé susnommé. Cette demande a été transmise aux assureurs chargés de l'étudier. Veuillez s'il vous plaît en avertir l'employé intéressé.

We also wish to emphasize that as disability benefits are now available under the Canada Pension Plan (CPP) or the Quebec Pension Plan (QPP), the employee should apply immediately for CPP or QPP disability benefits if the disability will continue for more than four months.

Nous désirons également souligner le fait qu'il est maintenant possible d'obtenir du Régime de pensions du Canada (RPC), ou du Régime de rentes du Québec (RRQ) des prestations d'invalidité et que l'employé doit immédiatement faire une demande de prestations RPC ou RRQ si l'invalidité se prolonge au-delà de quatre mois.

The underwriters of the Disability Insurance Plan will automatically reduce the disability insurance benefit by the approximate amount of an entitlement under the CPP or the QPP, unless proof is produced that no such entitlement was approved. To prevent any reduction in overall benefits, please ensure that an application is made for benefits under either the CPP or the QPP without delay.

Les assureurs du Régime d'assurance-invalidité réduiront automatiquement les prestations du montant approximatif prévu par le RPC ou le RRQ, à moins qu'il ne soit prouvé que la demande du RPC ou du RRQ ait été refusée. Pour éviter une réduction de l'ensemble des prestations, veuillez vous assurer qu'une demande de prestations soit faite au titre du RPC ou du RRQ, sans délai.

The underwriters should be notified immediately if:

Nous vous prions d'aviser immédiatement les assureurs si :

- (1) The employee returns to work, either full-time or part-time. Effective dates should be provided and in the case of part-time employment, the salary being paid;
- (2) The anticipated date of return to work is changed. Please provide the new anticipated date of return;
- (3) The employee's home address shown on the claim form changes. Please provide the new address.

- (1) L'employé retourne au travail à temps plein ou à temps partiel. Veuillez donner les dates exactes, et dans le cas d'un emploi à temps partiel, le traitement qui est versé;
- (2) La date prévue de retour au travail a été changée. Veuillez donner la nouvelle date de retour au travail prévue;
- (3) L'adresse du domicile de l'employé, indiquée sur la demande de règlement, change. Veuillez donner la nouvelle adresse.

If, within two months of receipt of this letter, no additional correspondence is received concerning this claim, you should contact us for further information.

Si, dans les deux mois suivant la réception de cette lettre, vous n'avez reçu aucune correspondance à propos de cette demande, veuillez communiquer avec nous pour plus de renseignements.

The underwriters' address is:

L'adresse des assureurs est :

SunLife Financial
P.O. Box 12500
Centre-Ville Station
Montreal, Quebec
H3C 5T6

Financière SunLife
C.P. 12500
Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 5T6

Client Insurance Services Section
Section des services d'assurance aux clients



Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector
P.O. Box 5010
Shediac, N.B.
E4P 9B4

Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle
C.P. 5010
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4

Superannuation Number Numéro de pension de retraite			
Date	Y-A	M	D-J

TO: SUNLIFE FINANCIAL

À : FINANCIÈRE SUNLIFE

Re: Disability Insurance Claim

Objet : Demande de règlement d'assurance-invalidité

Name - Nom	Paylist - Liste de paye	Individual Agency Number Numéro individuel d'organisme
------------	-------------------------	---

We acknowledge receipt of the above-named employee's claim for disability benefits, which has been forwarded to the underwriters for their review. Would you please notify the employee concerned.

Nous accusons réception de la demande de règlement de prestations d'invalidité pour l'employé susnommé. Cette demande a été transmise aux assureurs chargés de l'étudier. Veuillez s'il vous plaît en avertir l'employé intéressé.

We also wish to emphasize that as disability benefits are now available under the Canada Pension Plan (CPP) or the Quebec Pension Plan (QPP), the employee should apply immediately for CPP or QPP disability benefits if the disability will continue for more than four months.

Nous désirons également souligner le fait qu'il est maintenant possible d'obtenir du Régime de pensions du Canada (RPC), ou du Régime de rentes du Québec (RRQ) des prestations d'invalidité et que l'employé doit immédiatement faire une demande de prestations RPC ou RRQ si l'invalidité se prolonge au-delà de quatre mois.

The underwriters of the Disability Insurance Plan will automatically reduce the disability insurance benefit by the approximate amount of an entitlement under the CPP or the QPP, unless proof is produced that no such entitlement was approved. To prevent any reduction in overall benefits, please ensure that an application is made for benefits under either the CPP or the QPP without delay.

Les assureurs du Régime d'assurance-invalidité réduiront automatiquement les prestations du montant approximatif prévu par le RPC ou le RRQ, à moins qu'il ne soit prouvé que la demande du RPC ou du RRQ ait été refusée. Pour éviter une réduction de l'ensemble des prestations, veuillez vous assurer qu'une demande de prestations soit faite au titre du RPC ou du RRQ, sans délai.

The underwriters should be notified immediately if:

Nous vous prions d'aviser immédiatement les assureurs si :

- (1) The employee returns to work, either full-time or part-time. Effective dates should be provided and in the case of part-time employment, the salary being paid;
- (2) The anticipated date of return to work is changed. Please provide the new anticipated date of return;
- (3) The employee's home address shown on the claim form changes. Please provide the new address.

- (1) L'employé retourne au travail à temps plein ou à temps partiel. Veuillez donner les dates exactes, et dans le cas d'un emploi à temps partiel, le traitement qui est versé;
- (2) La date prévue de retour au travail a été changée. Veuillez donner la nouvelle date de retour au travail prévue;
- (3) L'adresse du domicile de l'employé, indiquée sur la demande de règlement, change. Veuillez donner la nouvelle adresse.

If, within two months of receipt of this letter, no additional correspondence is received concerning this claim, you should contact us for further information.

Si, dans les deux mois suivant la réception de cette lettre, vous n'avez reçu aucune correspondance à propos de cette demande, veuillez communiquer avec nous pour plus de renseignements.

The underwriters' address is:

L'adresse des assureurs est :

SunLife Financial
P.O. Box 12500
Centre-Ville Station
Montreal, Quebec
H3C 5T6

Financière SunLife
C.P. 12500
Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 5T6

Client Insurance Services Section
Section des services d'assurance aux clients



Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector
P.O. Box 5010
Shediac, N.B.
E4P 9B4

Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle
C.P. 5010
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4

Superannuation Number Numéro de pension de retraite			
Date	Y-A	M	D-J

TO: SUPERANNUATION, PENSION TRANSITION AND CLIENT SERVICES SECTOR

AU : SECTEUR DES PENSIONS DE RETRAITE, REGROUPEMENT DES PENSIONS ET SERVICES À LA CLIENTÈLE

Re: Disability Insurance Claim

Objet : Demande de règlement d'assurance-invalidité

Name - Nom	Paylist - Liste de paye	Individual Agency Number Numéro individuel d'organisme
------------	-------------------------	---

We acknowledge receipt of the above-named employee's claim for disability benefits, which has been forwarded to the underwriters for their review. Would you please notify the employee concerned.

Nous accusons réception de la demande de règlement de prestations d'invalidité pour l'employé susnommé. Cette demande a été transmise aux assureurs chargés de l'étudier. Veuillez s'il vous plaît en avvertir l'employé intéressé.

We also wish to emphasize that as disability benefits are now available under the Canada Pension Plan (CPP) or the Quebec Pension Plan (QPP), the employee should apply immediately for CPP or QPP disability benefits if the disability will continue for more than four months.

Nous désirons également souligner le fait qu'il est maintenant possible d'obtenir du Régime de pensions du Canada (RPC), ou du Régime de rentes du Québec (RRQ) des prestations d'invalidité et que l'employé doit immédiatement faire une demande de prestations RPC ou RRQ si l'invalidité se prolonge au-delà de quatre mois.

The underwriters of the Disability Insurance Plan will automatically reduce the disability insurance benefit by the approximate amount of an entitlement under the CPP or the QPP, unless proof is produced that no such entitlement was approved. To prevent any reduction in overall benefits, please ensure that an application is made for benefits under either the CPP or the QPP without delay.

Les assureurs du Régime d'assurance-invalidité réduiront automatiquement les prestations du montant approximatif prévu par le RPC ou le RRQ, à moins qu'il ne soit prouvé que la demande du RPC ou du RRQ ait été refusée. Pour éviter une réduction de l'ensemble des prestations, veuillez vous assurer qu'une demande de prestations soit faite au titre du RPC ou du RRQ, sans délai.

The underwriters should be notified immediately if:

Nous vous prions d'aviser immédiatement les assureurs si :

- (1) The employee returns to work, either full-time or part-time. Effective dates should be provided and in the case of part-time employment, the salary being paid;
- (2) The anticipated date of return to work is changed. Please provide the new anticipated date of return;
- (3) The employee's home address shown on the claim form changes. Please provide the new address.

- (1) L'employé retourne au travail à temps plein ou à temps partiel. Veuillez donner les dates exactes, et dans le cas d'un emploi à temps partiel, le traitement qui est versé;
- (2) La date prévue de retour au travail a été changée. Veuillez donner la nouvelle date de retour au travail prévue;
- (3) L'adresse du domicile de l'employé, indiquée sur la demande de règlement, change. Veuillez donner la nouvelle adresse.

If, within two months of receipt of this letter, no additional correspondence is received concerning this claim, you should contact us for further information.

Si, dans les deux mois suivant la réception de cette lettre, vous n'avez reçu aucune correspondance à propos de cette demande, veuillez communiquer avec nous pour plus de renseignements.

The underwriters' address is:

L'adresse des assureurs est :

SunLife Financial
P.O. Box 12500
Centre-Ville Station
Montreal, Quebec
H3C 5T6

Financière SunLife
C.P. 12500
Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 5T6

Client Insurance Services Section
Section des services d'assurance aux clients