



To - Au : Personnel Office - Bureau du personnel

Superannuation No. N° de pension de retraite	
Date	(Y-A M D-J)

**Subject: Claim for Disability Insurance**

**Objet : Demande de prestations d'assurance-invalidité**

Name - Nom	Paylist - Liste de paye	IAN - NIO
------------	-------------------------	-----------

Please forward the following requested information to:

Sun Life Financial  
P.O. Box 12500  
Stn. Centre Ville  
Montréal, Quebec  
H3C 5T6

Total days of sick leave to the employee's credit on the date of becoming disabled

Detailed Job Description

Last day the employee was on paid sick leave (excluding annual leave)

Rehabilitation Information (TBS/SCT 330-303E)

Employee's answer to question no. \_\_\_\_\_ in section \_\_\_\_\_ of the "Claim for Disability Insurance - Employee's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-302E)

Copies of all correspondence with the Workmen's Compensation Board

Confirmation of the employee's annual salary

The designated officer did not sign in the section "Declaration for Part 1" of the "Claim for Disability Insurance - Employer's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-303E).

Employee did not sign in the section "Your declaration and authorization" of the "Claim for Disability Insurance - Employee's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-302E).

The employee is still at work. Claim forms cannot be submitted before the employee ceases to be actively at work.

No. \_\_\_\_\_ in section \_\_\_\_\_ of the "Claim for Disability Insurance - Employer's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-303E) was not completed.

Please forward the following documents to:

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

Employee's proof of age (forward a copy)

The "Claim for Disability Insurance - Employer's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-303E) was not received.

The "Claim for Disability Insurance - Employee's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-302E) was not received.

The "Claim for Disability Insurance - Employee's Medical Information and Attending Physician's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-304E) was received without the "Claim for Disability Insurance - Employee's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-302E) and the "Claim for Disability Insurance - Employer's Statement - Policy No. 12500-G" form (TBS/SCT 330-303E).

Comments - Remarques :

Veuillez faire parvenir les renseignements demandés à la :

Financière Sun Life  
C.P. 12500  
Succ. Centre Ville  
Montréal (Québec)  
H3C 5T6

Nombre total de jours de congés de maladie accumulés à la date de l'invalidité

Description de poste détaillée

Dernière journée de congé de maladie payé de l'employé (sans inclure les congés annuels)

Renseignements sur la réadaptation (TBS/SCT 330-303F)

Réponse de l'employé à la question n° \_\_\_\_\_ de la partie \_\_\_\_\_ du formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employé - N° de police 12500-G » (TBS-SCT 330-302F)

Copies de toute la correspondance échangée avec la Commission des accidents du travail

Confirmation du traitement annuel de l'employé

L'agent désigné n'a pas signé la section « Déclaration de la partie 1 » du formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employeur - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-303F).

L'employé n'a pas signé la section « Déclaration, autorisation et signature de l'employé » du formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employé - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-302F).

Cet employé est encore au travail. Les formulaires de demande ne peuvent être présentés avant que l'employé ne cesse effectivement de travailler.

Le n° \_\_\_\_\_ de la section \_\_\_\_\_ du formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employeur - N° de police 12500-G » (TBS-SCT 330-303F) n'a pas été rempli.

Veuillez faire parvenir les documents suivants au :

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

Preuve d'âge de l'employé (envoyer une copie)

Le formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employeur - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-303F) n'a pas été reçu.

Le formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employé - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-302F) n'a pas été reçu.

Le formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-304F) a été reçu sans le formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employé - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-302F) et le formulaire « Demande de prestations d'assurance-invalidité - Déclaration de l'employeur - N° de police 12500-G » (TBS/SCT 330-303F).