



To - Au : Personnel Office - Bureau du personnel

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

Subject: Claim for Long-term Disability Insurance

Objet : Demande de prestations d'invalidité de longue durée

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

Please forward the following requested information to:

Veillez faire parvenir les renseignements demandés à :

Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Death and Disability Claims
522 University Avenue
Toronto, Ontario
M5G 1Y7

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Demande de règlement de décès et d'invalidité
522, avenue University
Toronto (Ontario)
M5G 1Y7

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

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

Detailed Job Description

Description de poste détaillée

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

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

Copies of all correspondance with the Workmen's Compensation Board

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

Confirmation of the employee's annual salary

Confirmation du traitement annuel de l'employé

"Signature of Designated Officer" is missing in Part 2 of Form 5946, Claim for Long-term Disability Benefit.

La « Signature de l'agent désigné » n'a pas été apposée à la partie 2 du formulaire 5946F, Demande de règlement d'invalidité de longue durée.

"Member's Signature" is missing in Part 1 of Form 5946, Claim for Long-term Disability Benefit.

La « Signature du participant » n'a pas été apposée à la partie 1 du formulaire 5946F, Demande de règlement d'invalidité de longue durée.

Please forward the following documents to:

Veillez faire parvenir les documents suivants au :

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

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

Employee's proof of age (forward a copy)

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

Part 2 (to be completed by the personnel officer) of Form 5946, Claim for Long-term Disability Benefit, was not received.

La partie 2 (à être remplie par l'agent du personnel) du formulaire 5946F, Demande de règlement d'invalidité de longue durée, n'a pas été reçue.

Part 1 (to be completed by member/claimant) of Form 5946, Claim for Long-term Disability Benefit, was not received.

La partie 1 (à être remplie par le participant/demandeur) du formulaire 5946F, Demande de règlement d'invalidité de longue durée, n'a pas été reçue.

Comments - Remarques :

Client Insurance Services
Services d'assurance aux clients
(506) 533-5800