

Garantie Invalidité de longue durée

Dossier du participant

Comment utiliser ce dossier :

À EXAMINER	<ul style="list-style-type: none">• Les liens ci-dessous vous permettront d'accéder au Guide de présentation des demandes de règlement – Invalidité de longue durée, à la Déclaration du participant et aux Déclarations du médecin traitant compris dans le dossier.• Le lien «Retour à la page de directives» qui se trouve dans chaque document vous ramènera à la présente page.• Le Guide de présentation des demandes de règlement – Invalidité de longue durée a été mis au point pour répondre aux questions que vous pourriez vous poser relativement au processus de demande de règlement• Vous trouverez dans le présent dossier trois formulaires Déclaration du médecin traitant, mais un seul d'entre eux doit être rempli. Choisissez celui qui décrit le mieux votre maladie ou blessure.• Lisez les autorisations qui figurent dans la Déclaration du participant et à la section 1 de la Déclaration du médecin traitant.
À REMPLIR	<ul style="list-style-type: none">• Vous avez la possibilité d'enregistrer l'information que vous entrez dans les formulaires du présent dossier.• Remplissez la Déclaration du participant au complet.• Remplissez la section 1 (Renseignements sur le participant) de la Déclaration du médecin traitant pertinente.
À IMPRIMER	<ul style="list-style-type: none">• Imprimez la Déclaration du participant dûment remplie et signez l'autorisation.• Imprimez la Déclaration du médecin traitant pertinente, dont la section 1 a été remplie, signez l'autorisation et demandez à votre médecin ou spécialiste de remplir le formulaire au complet. Si vous ne savez pas quelle Déclaration du médecin traitant vous devez utiliser, remettez les trois formulaires à votre médecin et il remplira le formulaire approprié.
À ENVOYER	<ul style="list-style-type: none">• Choisissez l'une des options d'envoi indiquées à la dernière page de la Déclaration du participant pour acheminer les formulaires dûment remplis.

- ▶ [Guide de présentation des demandes de règlement – Invalidité de longue durée](#)
- ▶ [Déclaration du participant – Demande de prestations d'invalidité de longue durée](#)
- ▶ [Déclarations du médecin traitant – Demande de prestations d'invalidité de longue durée](#)



Invalidité de longue durée

Guide de présentation des demandes de règlement



L'assurance invalidité de longue durée (ILD) prévoit que des prestations vous seront versées si vous devenez invalide. Le présent guide est conçu pour vous aider dans le processus de demande de règlement et pour répondre aux questions initiales que vous pourriez vous poser relativement à la présentation d'une demande de règlement invalidité de longue durée. Chaque situation étant particulière, nous traitons les dossiers d'absence individuellement et nous vous aiderons par tous les moyens à notre disposition.



Lorsque nous recevons votre demande. Votre gestionnaire de dossiers passe en revue tous les renseignements reçus au sujet de votre demande de règlement ainsi que les dispositions du contrat. Dans le cadre de ce processus, il examine :

- les renseignements médicaux
- l'incidence de votre maladie ou blessure sur votre capacité de fonctionner et d'effectuer les activités de la vie quotidienne
- les exigences liées à votre profession
- la façon dont votre maladie ou blessure nuit à votre capacité d'exercer votre profession

Dans le cadre de son examen, votre gestionnaire de dossiers communiquera avec vous par téléphone pour discuter de votre demande de règlement, notamment pour vous poser des questions afin de mieux comprendre votre condition. Vous pourriez aussi profiter de l'occasion pour lui poser des questions au sujet de votre demande de règlement. Il pourrait également devoir communiquer avec votre médecin et votre employeur pour leur poser d'autres questions ou obtenir des renseignements manquants.



Nous vous tiendrons au courant. Le processus d'évaluation des demandes de règlement prend habituellement 10 jours ouvrables, suivant la réception de tous les renseignements requis. Si votre demande est approuvée en vertu du régime ILD de votre employeur, votre gestionnaire de dossiers vous en informera, vous et votre employeur, par téléphone et par écrit. Si votre demande n'est pas approuvée, votre gestionnaire de dossiers vous fera part, par téléphone et par écrit, de notre refus et des raisons de cette décision.

Il arrive parfois que tous les renseignements existants ne soient pas présentés avec la demande de règlement. Si ces renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement, votre gestionnaire de dossiers vous indiquera ce dont nous avons besoin le plus rapidement possible. Pour éviter les retards, il est important que vous présentiez tous les renseignements médicaux existants avec votre demande de règlement.



Vos renseignements sont confidentiels. Nous traitons les renseignements que vous nous fournissez comme de l'information confidentielle. Nous recueillons, utilisons et communiquons les renseignements vous concernant uniquement aux fins indiquées dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée, ou de la manière prescrite par les lois pertinentes.

Déclaration de votre absence

Pour demander des prestations ILD, vous et votre employeur devrez nous faire parvenir un dossier de règlement ILD dûment rempli. Ce dossier renferme trois formulaires :

- la Déclaration du promoteur du régime, que votre employeur doit remplir et nous envoyer par télécopieur séparément;
- la Déclaration du participant, que vous devez remplir et retourner à nos bureaux;
- la Déclaration du médecin traitant, que vous devez remettre à votre médecin en lui demandant de la remplir.

REMARQUE : Il est possible que votre médecin exige des frais pour remplir ce formulaire. Le cas échéant, ces frais seront à votre charge.

Remplissez la Déclaration du participant

Cette déclaration nous fournit des renseignements sur votre maladie ou blessure, sur son origine, sur vos antécédents médicaux et sur les revenus et les prestations que vous prévoyez toucher au cours de votre absence.

- Répondez bien à toutes les questions afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre absence.
- Fournissez une description de vos tâches ainsi qu'un résumé avec vos expériences de travail antérieures et vos niveaux d'études. Si l'espace prévu sur le formulaire est insuffisant, vous pouvez joindre des feuilles supplémentaires.
- Vérifiez que les dates fournies (date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler, date de l'accident, etc.) sont exactes, car elles sont déterminantes pour notre évaluation.
- Fournissez les documents requis tel qu'il est indiqué à la section «Versement automatique de vos prestations d'invalidité» si vous désirez que vos prestations soient virées à votre compte bancaire. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL».
- Lisez et signez la section Déclaration et autorisation, qui nous permet d'échanger des renseignements avec votre médecin et tout autre professionnel de la santé qui vous fournit des soins. En outre, veuillez signer la section 1 de la Déclaration du médecin traitant avant de remettre ce formulaire à votre médecin, qui doit le remplir.

Demandez à votre médecin de remplir la Déclaration du médecin traitant

Vous trouverez dans le présent dossier trois différents formulaires Déclaration du médecin traitant, mais un seul d'entre eux doit être rempli. Choisissez la Déclaration du médecin traitant qui décrit le mieux votre condition médicale, et remettez-la à votre médecin pour qu'il la remplisse. Si vous ne savez pas quel formulaire utiliser, remettez les trois formulaires à votre médecin et il remplira le formulaire approprié. Cette déclaration nous fournit des renseignements médicaux précis sur votre maladie ou blessure et sur le déroulement prévu de votre rétablissement.

- La déclaration de votre médecin doit indiquer tous les renseignements demandés relativement à votre maladie ou blessure.

Le formulaire peut être rempli, par exemple, par votre médecin de famille, par un médecin pratiquant dans un centre de consultation sans rendez-vous ou par un spécialiste, c'est-à-dire tout professionnel de la santé qui a la qualité de docteur en médecine et qui vous a traité pour votre maladie ou blessure.
- Si votre médecin vous fait passer des tests, il doit inscrire tous les résultats sur la déclaration ou les joindre à celle-ci.
- Si vous avez consulté un spécialiste pour la maladie ou la blessure dont vous souffrez, demandez à votre médecin de joindre à sa déclaration des copies de toutes les notes de consultation et notes cliniques.

REMARQUE : Vous ne devez pas modifier ni inscrire quoi que ce soit sur la Déclaration du médecin traitant. Toute modification qui y est apportée doit être paraphée par votre médecin.

Envoyez vos formulaires

- Faites un suivi auprès de votre médecin (si vous lui avez laissé le formulaire à remplir) et de votre employeur pour vous assurer qu'ils ont rempli et signé leur déclaration et qu'ils l'ont envoyée à nos bureaux.
- Nous recommandons que vous fassiez parvenir les formulaires de demande de règlement dûment remplis au moins huit semaines avant la date du premier versement de vos prestations ILD. Cela nous donne suffisamment de temps pour évaluer votre demande et prendre une décision bien avant la date du premier paiement.
- Choisissez l'une des options d'envoi indiquées à la dernière page de la Déclaration du participant pour acheminer les formulaires.

Vérifiez que votre Déclaration du participant et la Déclaration du médecin traitant indiquent clairement votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant avant que ces documents nous soient envoyés.

En cas de doute, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime. Il sera en mesure de vous renseigner.



Foire aux questions

Nous souhaitons que vous soyez à l'aise avec le processus relatif aux demandes de règlement Invalidité de longue durée. La présente Foire aux questions est conçue pour vous aider à mieux le comprendre, de la présentation d'une demande de règlement à votre rétablissement.

Que signifie «promoteur de régime»? «Promoteur de régime» désigne votre employeur ou le titulaire du contrat lié à votre régime.

Quels sont mes numéros de contrat et de participant? Le numéro de contrat renvoie au document qui présente le régime de prestations choisi par votre promoteur de régime/employeur à la Financière Sun Life. Le numéro de participant sert à vous identifier. Vous trouverez ces numéros sur le sommaire de la couverture ou de l'adhésion, ou dans la brochure explicative.

Comment dois-je choisir la Déclaration du médecin traitant la plus appropriée? Vous trouverez dans le présent dossier trois différents formulaires Déclaration du médecin traitant, mais un seul d'entre eux doit être rempli, selon la nature de votre condition médicale, et présenté avec votre demande de règlement. Demandez à votre médecin de remplir le formulaire qui convient le mieux à votre maladie ou blessure.

Pourquoi mon médecin doit-il remplir la Déclaration du médecin traitant? Les formulaires Déclaration du médecin traitant ont été conçus pour recueillir auprès de votre médecin des renseignements qui nous aideront à comprendre la nature de votre maladie ou blessure, et son incidence sur vos capacités fonctionnelles. Si votre médecin ne fournit qu'une partie des renseignements demandés ou seulement une brève note sur une feuille de son ordonnancier, il se pourrait que nous n'ayons pas toute l'information nécessaire pour évaluer votre demande de prestations. Cela pourrait retarder la prise de décision.

Que signifie «exonération des primes»? Certains régimes d'assurance-invalidité collective prévoient l'exonération du paiement des primes liées à certaines garanties pendant que vous recevez des prestations d'invalidité au titre de votre régime. Ceci signifie que, pendant la période où vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de votre régime, vous ou votre employeur n'aurez pas à payer de primes pour que vous soyez couvert par ces garanties. Le gestionnaire de votre régime pourra vous confirmer si votre régime prévoit l'exonération des primes. Si c'est le cas et que vous présentez une demande de règlement invalidité de longue durée, une demande au titre de toute garantie d'exonération des primes à laquelle vous pourriez avoir droit sera automatiquement envoyée. On vous informera sur votre situation relative à la garantie d'exonération des primes et sur la situation de votre demande de règlement ILD.

Comment calculez-vous mes prestations? Les prestations d'invalidité sont généralement basées sur un pourcentage déterminé du salaire mensuel que vous touchiez au moment du début de votre invalidité. Le montant des prestations prévues par votre régime est indiqué dans la brochure explicative destinée aux employés.

Si ma demande de règlement est acceptée, quand commencera le versement de mes prestations? Le versement des prestations d'invalidité commence le jour qui suit la fin du délai de carence. Le délai de carence prévu par votre régime est indiqué dans la brochure explicative. Si cette date est passée, les prestations vous seront versées rétroactivement à partir de cette date.

Comment et quand les versements sont-ils effectués une fois la demande de règlement acceptée? Le formulaire Déclaration du participant indique les renseignements que vous devez fournir si vous voulez que vos prestations soient versées directement dans votre compte bancaire, à la section Versement automatique de vos prestations d'invalidité. N'oubliez pas de lire cette section et de fournir les documents requis. Dans le cas d'un compte chèques, nous demandons à recevoir un chèque personnalisé portant la mention «NUL». REMARQUE : Il se peut que le versement des prestations soit retardé si le paiement est prévu un jour férié.

Pendant combien de temps vais-je recevoir des prestations d'invalidité? Dans le cas de l'ILD, vous continuerez de recevoir des prestations d'invalidité tant que vous demeurerez totalement invalide au sens défini dans la brochure explicative du régime et que vous satisferez aux autres obligations (comme l'obtention d'un traitement approprié) aussi décrites dans la brochure explicative. En règle générale, nous déterminons si vous êtes «totalement invalide» relativement à votre profession habituelle pour une période déterminée qui suit le délai de carence. À l'expiration de cette période, nous déterminons si vous êtes «totalement invalide» relativement à quelque profession que ce soit. Si vous êtes atteint d'invalidité totale et continue, les prestations ne vous sont pas versées indéfiniment. La brochure explicative de votre régime fait référence à d'autres dates importantes relatives à la cessation du versement des prestations. Elles peuvent prendre fin dès que vous atteignez l'âge de 65 ans, prenez votre retraite ou décédez. Veuillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

Quelles sont mes responsabilités pendant que je reçois des prestations d'invalidité? Pendant que vous recevez des prestations d'invalidité, nous vous parlerons de votre retour au travail, au moment opportun. Nous nous attendons à ce que vous participiez à ces entretiens et que vous repreniez l'exercice de votre profession habituelle dès que vous pouvez le faire en toute sécurité et sans danger pour votre santé. S'il apparaît que vous ne serez pas en mesure de reprendre l'exercice de votre profession habituelle, nous nous attendons à ce que vous examiniez toute offre raisonnable de retour au travail avec modification des tâches de la part de votre employeur et/ou participiez à toute formation nécessaire pour avoir les compétences requises pour exercer une autre profession.

Une fois la demande de règlement acceptée, à quelle fréquence exige-t-on la présentation de nouveaux renseignements médicaux?

Une bonne connaissance des progrès que vous réalisez en vue de votre rétablissement est essentielle à la préparation d'un retour possible au travail. Des mises à jour périodiques des renseignements que nous possédons sur votre état de santé et vos capacités fonctionnelles nous aident à déterminer vos progrès. La fréquence à laquelle nous demanderons des rapports variera selon les circonstances particulières entourant votre demande de règlement, votre état de santé et votre programme de traitement. Nous effectuerons le suivi avec vous et avec votre ou vos médecins traitants par téléphone ou par la poste. Votre gestionnaire de dossiers collaborera avec votre médecin et avec les partenaires de la santé de la Financière Sun Life pour s'assurer que vous recevez le traitement approprié. Dans certains cas, nous vous demanderons de subir un examen par un médecin indépendant afin d'obtenir de plus amples renseignements. Nous fixerons le rendez-vous et vous en informerons à l'avance. (Nous transmettrons une copie des résultats à votre médecin traitant.)

Quels sont les cas où il n'est pas versé de prestations? Il est possible qu'aucune prestation ne soit payable :

- si vous n'êtes pas considéré comme étant totalement invalide;
- si vous ne recevez pas le traitement approprié qui vous est recommandé par votre médecin traitant;
- si vous ne recevez pas ou suivez le traitement approprié qui vous est recommandé par votre médecin traitant;
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, à moins que la Financière Sun Life a expressément accepté la poursuite de la couverture ou qu'elle y soit obligée selon la loi;
- si vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Financière Sun Life a expressément accepté la poursuite de la couverture ou qu'elle y soit obligée selon la loi;
- si vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que nous l'avons approuvé;
- si vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Veuillez consulter la brochure explicative pour avoir des renseignements propres à votre régime.

Qu'arrive-t-il si je touche un revenu d'une autre provenance? Quelle incidence aura ce revenu sur mes prestations? La garantie ILD de votre employeur peut prévoir que les autres revenus auxquels vous avez droit pour la même invalidité ou une invalidité ultérieure, comme les prestations du Régime de rentes du Québec (RRQ)/Régime de pensions du Canada (RPC) et les prestations prévues par la loi sur les accidents du travail, doivent être déduits des prestations d'invalidité versées au titre du régime. Vos prestations ne seront pas réduites du revenu provenant d'un contrat individuel d'assurance-invalidité. Des prestations d'une autre source payables à effet rétroactif peuvent réduire vos prestations d'invalidité et donner lieu à un versement en trop. Si c'est le cas, vous devrez rembourser le montant versé en trop.

La Financière Sun Life échange-t-elle avec mon employeur des renseignements médicaux à mon sujet? Non. Tous les renseignements médicaux que reçoit la Financière Sun Life (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements) concernant votre problème de santé sont strictement confidentiels et ne seront jamais communiqués à qui que ce soit à votre travail, à moins que ce ne soit expressément précisé dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée. Nous ne communiquons pas à votre gestionnaire ni à votre service des ressources humaines de renseignements médicaux (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements).

Qu'arrivera-t-il si je reprends le travail moyennant certaines restrictions? Votre gestionnaire de dossiers collaborera avec vous et votre employeur pour établir un plan de retour au travail qui tient compte de vos capacités et de vos restrictions. Votre plan de retour au travail pourrait comprendre, par exemple, un retour progressif au travail et/ou des tâches modifiées. Si votre retour au travail nécessite une expertise professionnelle particulière, nous pourrions faire appel à l'un de nos conseillers en gestion de la santé pour participer à la planification de votre retour au travail. Nous communiquerons avec votre médecin pour nous assurer qu'il est au courant du plan avant sa mise en œuvre. Une fois que vous avez repris le travail pour effectuer les tâches essentielles de votre poste à temps plein, la Financière Sun Life ferme généralement le dossier.

Est-ce que je vais recevoir un feuillet fiscal? Un feuillet fiscal sera émis si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable. Chaque année, les feuillets pour l'année précédente sont envoyés par la poste avant la fin du mois de février. Si vous ne savez pas si les prestations invalidité que vous avez reçues représentent un revenu imposable, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

* Ce guide ne vise pas à remplacer ni à modifier la brochure explicative destinée aux employés. En cas de divergence entre la brochure explicative et les renseignements contenus dans le présent guide, c'est la brochure explicative qui prévaut.

À propos de la Financière Sun Life

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus de cinq millions de personnes dans plus de 10 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada. Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités.

Nos nombreux produits, services et outils technologiques nous permettent d'adapter nos programmes de garanties collectives afin de répondre à pratiquement tous les besoins des clients de façon concurrentielle et à un coût favorable.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce ses activités dans d'importants marchés du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.

La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.
GB10069-F 11-17 kg-cc

Financière 
Sun Life

Déclaration du participant

Demande de prestations d'invalidité de longue durée



La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Renseignements sur le participant

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, nous avons également besoin de la Déclaration du promoteur du régime et de la Déclaration du médecin traitant. **Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont à votre charge.**

Si les prestations d'invalidité versées au titre de la garantie Invalidité de longue durée sont imposables, le numéro d'assurance sociale doit être fourni en vue de l'établissement des feuillets fiscaux appropriés.

Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Profession	Titre du poste	Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Quelle était votre province de résidence quand votre couverture au titre de ce régime a pris effet?		Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Si vous souhaitez que la Sun Life vous envoie des courriels, veuillez fournir votre adresse électronique ci-dessous.
La Sun Life communiquera avec vous par courriel sécurisé.

Adresse électronique

2 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de participant	Nom de l'entreprise
Personne-ressource	Adresse électronique de la personne-ressource	Numéro de téléphone de la personne-ressource

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et expliquer comment elle est survenue.

Date (jj-mm-aaaa)

2. Date d'apparition des premiers symptômes?

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure identique ou similaire? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates.

Date (jj-mm-aaaa)

4. Date de votre première consultation d'un médecin pour cette maladie?

Si vous avez tardé à chercher un traitement, veuillez en expliquer les raisons et dater les étapes du processus.

Date (jj-mm-aaaa)

5. Depuis quand cette maladie ou blessure vous empêche-t-elle de travailler?

6. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

7. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à *cette* maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Date de la visite (jj-mm-aaaa)

Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examen. Si vous avez passé un test génétique, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils sont inutiles dans l'évaluation de l'invalidité.

Date (jj-mm-aaaa)

8. Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi?

- Temps plein
 Temps partiel

9. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes incapables d'effectuer.

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

10. Avez-vous déjà tenté de retourner au travail? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions qui suivent.

Date (jj-mm-aaaa)

Date (jj-mm-aaaa)

Votre retour au travail a duré combien de temps? Du au

Avez-vous repris : votre emploi un nouvel emploi ou des tâches modifiées

Avez-vous travaillé : à temps plein à temps partiel

4 Antécédents médicaux

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

1. Nom et adresse de tous les hôpitaux où vous avez été soigné au cours des trois dernières années, et toute opération subie au cours de vos hospitalisations.

Hôpital	Adresse	Nature de la maladie/de l'opération	Date (jj-mm-aaaa)

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

2. Nom et adresse de tous les médecins que vous avez consultés au cours des trois dernières années pour toute autre maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Nature de la maladie	Date (jj-mm-aaaa)

5 Invalidité attribuable à un accident

1. Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?

Non Dans la négative, passez à la section suivante «Commission des accidents du travail/CNESST».

Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, l'heure et le lieu de l'accident.

Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu

2. L'accident est-il survenu pendant que vous exerciez vos fonctions pour l'employeur?

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez vous assurer de remplir la section «Commission des accidents du travail/CNESST».

Veuillez décrire la façon dont la maladie ou la blessure s'est manifestée.

Votre maladie ou blessure résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé?

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie du rapport de l'accident à la présente déclaration.

Nom de l'expert en sinistres	Assureur automobile	Numéro de contrat	Numéro de téléphone

5 Invalidité attribuable à un accident (suite)

3. Si votre invalidité est attribuable à un accident, avez-vous engagé des poursuites contre une personne physique ou morale?

Non Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi vous ne l'avez pas fait.

--

Oui Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'avocat		Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	Province	Code postal

Date (jj-mm-aaaa)

Date où la poursuite a été engagée?

Un règlement est-il intervenu? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre à la présente une copie des dispositions du règlement.

6 Commission des accidents du travail/CNESST

1. Si votre maladie ou blessure est reliée à l'exercice de vos fonctions, avez-vous présenté une demande à la Commission des accidents du travail ou à la CNESST? Non Oui Dans la négative, veuillez préciser.

--

2. Touchez-vous ou comptez-vous recevoir des prestations de la CAT/CNESST? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez continuer.

Quel est le numéro de votre dossier? Montant de la prestation mensuelle \$

3. Avez-vous reçu une allocation pour invalidité permanente?

Non Oui Dans l'affirmative, quand l'avez-vous touchée? Date (jj-mm-aaaa)

S'agissait-il de prestations mensuelles? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant. \$

S'agissait-il d'un règlement forfaitaire? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant. \$

4. Si votre demande a été refusée ou s'il a été mis fin au service de vos prestations, en avez-vous appelé de cette décision?

Non Oui Dans l'affirmative, indiquez la date où vous avez fait cette démarche. Date (jj-mm-aaaa)

À quelle étape en est votre démarche (si vous le savez)?

Présentation verbale Commission d'appel Groupe d'experts médicaux Révision médicale

Autre _____

7 Prestations du RRQ/RPC

1. Avez-vous présenté une demande de rente d'invalidité/retraite au titre du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Date (jj-mm-aaaa)

Non Oui Dans l'affirmative, à quelle date avez-vous présenté votre demande?

Quel type de prestations au titre du RPC/RRQ avez-vous demandé? Invalidité Retraite

2. Si vous avez présenté une demande, quel est son état?

Approuvée Quel type de prestations recevrez-vous? Prestations d'invalidité du RPC/RRQ
 Prestations de retraite du RRQ/RPC

Veillez joindre à la présente une copie de l'Avis d'acceptation et du Relevé explicatif des paiements que vous avez reçus.

Date (jj-mm-aaaa)

Date d'effet de la prestation :

Prestation mensuelle :

\$

Refusée

Avez-vous appelé de cette décision?

Date (jj-mm-aaaa)

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date de la demande d'appel :

Veillez joindre une copie de la lettre de refus.

Décision en attente Veuillez fournir tout renseignement complémentaire au sujet de votre demande/demande d'appel.

3. Renseignements sur les enfants à charge qui vivent avec vous :

Nom complet	Lien avec vous		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Si l'enfant a 18 ans ou plus, indiquez s'il est :	
	Fils	Fille		Handicapé	Étudiant à temps plein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Autres sources de revenu

Veillez indiquer toute somme que vous recevez actuellement ou que vous prévoyez recevoir chaque semaine ou chaque mois des sources ci-après. Certaines de ces sommes seront peut-être prises en compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de longue durée.

Veillez indiquer toute somme que vous recevez actuellement ou que vous prévoyez recevoir chaque semaine ou chaque mois des sources ci-après. Certaines de ces sommes seront peut-être prises en compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de courte durée.

Source	Avez-vous droit à ces prestations?		Compagnie d'assurance et Numéro de contrat	Avez-vous présenté une demande?		Touchez-vous déjà ce revenu ou vous serait-il versé plus tard?		Montant de la rente <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuelle
	Oui	Non		Oui	Non	Déjà	Plus tard	
Toute autre assurance invalidité (CAT/CSPAAT/CSST/prestations d'invalidité syndicales, assurance-créance, cartes de crédit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Autre assurance groupe, association ou individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Assurance-emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Régime québécois d'assurance parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
RRQ/RPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Rente d'invalidité, allocation de cessation d'emploi ou de départ à la retraite de l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Toute autre garantie invalidité prévue en cas d'accident, par une assurance groupe, par un régime d'association ou par l'État	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Autre (préciser) ex. : au Québec, prestations aux victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

9 Retour au travail

Vous devez aviser la Sun Life si :

- votre état de santé s'améliore et que vous pouvez travailler
- vous recommencez à travailler à titre de salarié ou comme travailleur autonome.

La perspective d'un retour au travail est un élément important de votre traitement. La Sun Life dispose d'un programme qui peut vous aider à retourner au travail. Si vous êtes admissible à ce programme, un conseiller en gestion de la santé de la Sun Life pourrait communiquer avec vous.

1. Qu'avez-vous conclu avec votre médecin en ce qui touche votre retour au travail, que ce soit à votre poste (avec ou sans modification de vos tâches) ou à un autre poste?

--

2. Qu'avez-vous conclu avec votre employeur en ce qui touche votre retour au travail, que ce soit à votre poste (avec ou sans modification de vos tâches) ou à un autre poste?

--

10 Études et formation

1. Niveau d'études atteint : Diplôme secondaire Diplôme collégial Diplôme universitaire

Combien d'années d'études comptez-vous (niveau scolaire)? Veuillez indiquer tout certificat/diplôme que vous détenez.

2. Veuillez préciser si vous avez obtenu votre formation au Canada ou à l'extérieur du Canada. Si vous avez obtenu une formation à l'extérieur du Canada, veuillez indiquer à quel endroit.

3. Veuillez décrire les autres cours de formation ou de perfectionnement que vous avez suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.) et toute autre compétence que vous avez acquise. Ces compétences comprennent notamment la dactylographie, l'informatique, la manipulation d'appareils, les fonctions de supervision, les permis spéciaux, ainsi que toute compétence acquise dans le cadre d'activités bénévoles ou de différents passe-temps. (Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.)

4. Avez-vous un permis de conduire en règle? Non Oui Dans l'affirmative, précisez la catégorie.

Veuillez indiquer quelles restrictions ont été inscrites sur votre permis de conduire en raison de votre invalidité.

Veuillez décrire votre expérience de travail. Joindre un CV si possible.

Du (date) (jj-mm-aaaa)	Au (date) (jj-mm-aaaa)	Employeur	Titre du poste

11 Versement automatique de vos prestations d'invalidité *(Ce service est offert moyennant l'acceptation de votre demande de règlement.)*

Nous vous offrons la possibilité de faire porter directement vos prestations d'invalidité au crédit de votre compte auprès de toute banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit au Canada. **Si vous voulez que vos prestations soient déposées dans un compte de chèques, veuillez nous faire parvenir un chèque spécimen personnalisé à votre nom portant la mention NUL.** Veuillez vérifier auprès du gestionnaire de votre régime si vous pouvez vous prévaloir de cette option.

Si vous n'avez pas de compte de chèques, vous devez nous fournir un formulaire de dépôt direct ou une déclaration de votre succursale bancaire confirmant votre identité. Ce document doit vous être remis par votre banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit établie au Canada; il doit porter le tampon de l'établissement et la signature d'un représentant autorisé. Si votre banque met à votre disposition un formulaire électronique de dépôt direct sur lequel vos renseignements bancaires sont déjà inscrits, nous acceptons aussi ce genre de document. Tous ces documents doivent porter votre nom, les numéros d'établissement et de succursale, ainsi que votre numéro de compte bancaire pour que vos prestations puissent être virées directement à votre compte.

12 Votre autorisation

Veillez remplir et signer :

- La Déclaration du participant (le présent formulaire).
- La section 1 de la Déclaration du médecin traitant.

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Toute référence à la Sun Life ou au promoteur du régime comprend leurs propres mandataires et fournisseurs de services.

J'autorise la Sun Life et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande d'ICD ou d'ILD.
- Les renseignements nécessaires pour la tarification, la gestion administrative et l'évaluation des demandes de règlement, avec les organisations concernées. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et le promoteur du régime.

J'autorise la Sun Life et le promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à échanger :

- L'information financière de ma demande de règlement pour la gestion du régime.
- Les renseignements nécessaires concernant ma demande – sauf les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.

La Sun Life et mon promoteur de régime fourniront les renseignements nécessaires concernant mes demandes de règlement pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation professionnelle et mon retour au travail.

Services de santé au travail

Si le promoteur du régime a une équipe de professionnels des services de santé au travail :

- La Sun Life et cette équipe peuvent recueillir, utiliser et échanger des renseignements pour gérer les mesures d'adaptation, ma réadaptation professionnelle et mon retour au travail. Cela comprend les renseignements sur mon diagnostic et mon traitement.

Païement en trop

Si la Sun Life me verse un montant en trop, je l'autorise à récupérer ce montant :

- En le prélevant sur une somme qu'elle me doit dans le cadre de mon ou de mes régimes de garanties collectives.
- En recueillant, en utilisant et en échangeant des renseignements me concernant avec d'autres organisations. Cela comprend les agences de recouvrement et le promoteur du régime.

Fraude et abus des garanties

Si la Sun Life suspecte un cas de fraude ou d'abus des garanties, la Sun Life peut enquêter sur ma demande de règlement.

Pour détecter, prévenir et enquêter, la Sun Life peut recueillir, utiliser et échanger des renseignements sur ma demande de règlement avec les organisations concernées. Cela comprend le promoteur du régime, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs.

Conditions de l'autorisation

- Mon autorisation est valide pour la durée du règlement.
- Si le régime ICD ou ILD est vérifié, ma demande de règlement peut être incluse dans la vérification.
 - o Mon autorisation est valide pour la durée du régime.
- Une photocopie ou la version électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

Nom de famille du participant (en caractères d'imprimerie)	Prénom	
Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)	

Des instructions sur la façon de présenter le(s) formulaire(s) dûment rempli(s) figurent à la page suivante.

13 Comment soumettre vos formulaires complétés

Il existe plusieurs façons de nous acheminer les formulaires de demande de règlement dûment remplis ou tout autre document que vous aimeriez nous présenter en appui à votre demande. Vous pouvez conserver les documents originaux pour vos dossiers, sauf si vous utilisez la poste.



Si vous avez accès à l'appli mobile de la Sun Life dans le cadre de votre régime, vous pouvez acheminer les formulaires dûment remplis à l'aide de la fonction «Envoyer des documents».



Vous pouvez aussi envoyer les formulaires de demande de règlement invalidité directement à la Sun Life par courriel. Dans ce cas, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse reglementinvalidite@sunlife.com. Veuillez noter qu'en dépit des moyens raisonnables que la Sun Life prend pour protéger la confidentialité des courriels qu'elle envoie et qu'elle reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.



Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée. Si vous ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.

Halifax :

Télé. : 1-866-639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télé. : 1-866-209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télé. : 1-866-639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Edmonton :

Télé. : 1-866-639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Toronto :

Télé. : 1-866-639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télé. : 1-866-639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

14 Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

Questionnaire du médecin traitant

Demande de prestations d'invalidité de longue durée

Veillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

Nota : La trousse ILD de votre patient contient trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul formulaire. Veuillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.

1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)

Prénom		Nom de famille			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou bureau	
Ville				Province		Code postal
Numéro de téléphone (domicile)			Autre numéro de téléphone			
Adress électronique						
Numéro de contrat	Numéro de participant	Taille	Poids	Date du dernier jour de travail	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail	
		pi po m cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	(jj-mm-aaaa)	(jj-mm-aaaa)	

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

Prénom du participant	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
-----------------------	----------------	--------------------------------

Je suis le : médecin de famille spécialiste-conseil autre (précisez) _____

Diagnostic actuel

Diagnostic principal
Diagnostic secondaire

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic? Non Oui

L'affection est-elle reliée à :

une maladie ou une blessure professionnelle un accident de la route un acte criminel Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

Précisions

Date de votre première consultation relativement à cette affection (jj-mm-aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa)
---	---

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui Dans l'affirmative, précisez la date

Date (jj-mm-aaaa)	Fournisseur du traitement
-------------------	---------------------------

Avez-vous rempli récemment d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à votre patient? Non Oui

Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration Aucune évolution Détérioration

Grossesse : date ou date prévue de l'accouchement Voie vaginale Césarienne

3 Observations cliniques et Examens complémentaires

Investigations

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? Non Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)
Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Constatations

Une évaluation formelle a-t-elle été faite (par exemple, une évaluation des capacités fonctionnelles)? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du compte rendu.

Indiquer si votre patient vous a dit éprouver quelque difficulté ou s'il affiche quelque difficulté en ce qui touche ce qui suit. Si tel est le cas, préciser le degré de difficulté.

	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Cette difficulté cadre-t-elle avec l'examen physique ou psychologique? Veuillez fournir des précisions.
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se tenir debout	<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"/>	
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendre les bras audessus des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendre les bras en dessous des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

À la lumière des observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

Troubles cardiaques

Si l'affection est liée à un accident cardiaque, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de symptôme	Description
<input type="checkbox"/> Douleur thoracique d'origine cardiaque	
<input type="checkbox"/> Syncope	
<input type="checkbox"/> Fatigue	
<input type="checkbox"/> Dyspnée causée par une congestion vasculaire ou une hypoxie	
<input type="checkbox"/> Psychophysiologie	
<input type="checkbox"/> Autre	

Mesures de PA au cours des 6 derniers mois (indiquer la date) _____

État actuel? Stable Meilleur Pire

Capacité fonctionnelle (American Heart Association)? Si la capacité fonctionnelle est de catégorie 3 ou 4, veuillez joindre la copie des résultats d'une épreuve d'effort ou d'une échocardiographie.

Catégorie 1 (sans restriction) Catégorie 2 (légère restriction) Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

La limitation est-elle causée par de l'angine? Non Oui

Facteurs aggravants

Taille actuelle _____ Poids actuel _____ Gain ou perte de poids à ce jour _____

Votre patient participe-t-il à un programme d'amaigrissement? Non Oui Si oui, veuillez donner des précisions.

Veuillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

Problèmes au travail Problèmes familiaux ou sociaux Problèmes financiers ou juridiques Forme physique Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants

Effets secondaires de médicaments Perception de la douleur Comportement d'automutilation Capacités d'adaptation Personnalité ou motivation

Autre

Veuillez préciser.

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Veillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? Non Oui Si oui, quand?

Date (jj-mm-aaaa)	Type de permis

4 Traitement

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de toutes hospitalisations

Du (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Si le patient a subi ou subira une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj-mm-aaaa)	Description

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? _____

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa)

Depuis la première consultation, à quelle fréquence avec vous vu le patient?

Hebdomadaire Toutes les deux semaines Mensuelle Autre _____

Médicaments que vous avez prescrits (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

4 Traitement (suite)

Médicaments prescrits par d'autres médecins

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Renseignements sur le traitement – Veuillez fournir des précisions sur le programme de traitement établi (ex. : traitement de physiothérapie, gestion de la douleur, traitement de chiropractie, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, massage, exercice, autre programme de réadaptation)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer

Votre patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui Dans la négative, veuillez expliquer.

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel? Non Oui Si oui, veuillez expliquer.

5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrions déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

5 Pronostic et rétablissement (suite)

Veillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'invalidité de l'assureur ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Timbre du médecin
Spécialiste				
Adresse (numéro et rue)				
Ville		Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X				
				Date (jj-mm-aaaa)

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Halifax :

Télec. : 1 866 639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télec. : 1 866 209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télec. : 1 866 639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Edmonton :

Télec. : 1 866 639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Toronto :

Télec. : 1 866 639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télec. : 1 866 639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

Questionnaire du médecin traitant

Demande de prestations d'invalidité de longue durée

Troubles musculosquelettiques

Veillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

Nota : La trousse ILD de votre patient contient trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul formulaire. Veuillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.

1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)						
Prénom			Nom de famille			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou bureau	
Ville				Province		Code postal
Numéro de téléphone (domicile)			Autre numéro de téléphone			
Adress électronique						
Numéro de contrat	Numéro de participant	Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)	

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

Prénom du participant	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
-----------------------	----------------	--------------------------------

Je suis le : médecin de famille spécialiste-conseil autre (précisez) _____

Diagnostic actuel

Diagnostic principal
Diagnostic secondaire

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic? Non Oui

L'affection est-elle reliée à :

une maladie ou une blessure professionnelle un accident de la route un acte criminel Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

Précisions

Date de votre première consultation relativement à cette affection (jj-mm-aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa)
---	---

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui Dans l'affirmative, précisez la date

Date (jj-mm-aaaa)	Fournisseur du traitement
-------------------	---------------------------

Avez-vous rempli récemment d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à votre patient? Oui Non

Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration Aucune évolution Détérioration

3 Observations cliniques et Examens complémentaires

Investigations

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? Non Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)
Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Veillez confirmer les renseignements suivants concernant votre patient Poids _____ Taille _____

Participation à un programme d'amaigrissement? Oui Non

Observations neurologiques

Faiblesse : Oui Non

Atrophie musculaire : Oui Non

Diminution de la sensibilité ou engourdissement : Oui Non

Réflexes normaux diminués absents

Indiquer les articulations ou les groupes musculaires affectés.

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Amplitude des mouvements

Énumérer les articulations ou les groupes musculaires affectés.

(Nota : Donner des précisions si plus d'une articulation est touchée.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Indiquer l'amplitude des mouvements (en degrés), pour chaque articulation affectée ou groupe musculaire affecté dont il est question à gauche.

	1	2	3	4
Flexion :				
Flexion latérale :				
Extension :				
Rotation interne :				
Rotation externe :				
Abduction :				
Adduction :				
Rotation :				
Supination :				
Pronation :				
Force de préhension :				
Élévation de la jambe tendue :	En position assise		En position couchée	
	gauche	droite	gauche	droite

Évaluation des capacités fonctionnelles

Une évaluation formelle a-t-elle été faite (par exemple, une évaluation des capacités fonctionnelles)? Non Oui Si oui, veuillez joindre une copie du compte rendu.

Indiquer si votre patient vous a dit éprouver quelque difficulté ou s'il affiche quelque difficulté en ce qui touche ce qui suit. Si tel est le cas, préciser le degré de difficulté.

	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Cette difficulté cadre-t-elle avec l'examen physique ou psychologique? Veuillez fournir des précisions.
Cognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se tenir debout	<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"/>	
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendre les bras au-dessus des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendre les bras en dessous des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veillez estimer le poids maximum que votre patient soulever

(0 à 10 lb) (11 à 20 lb) (21 à 30 lb) (31 à 40 lb) (41 à 50 lb) (50 lb et plus)

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Veillez nous faire part de toute autre affection ou toute complication influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de la période de convalescence.

Facteurs aggravants

Veillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

- Problèmes au travail Problèmes familiaux ou sociaux Problèmes financiers ou juridiques Forme physique Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants
- Effets secondaires de médicaments Perception de la douleur Comportement d'automutilation Capacités d'adaptation Personnalité ou motivation
- Autre

Veillez préciser.

Veillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? Non Oui Si oui, quand?

Date (jj-mm-aaaa)	Type de permis

4 Traitement

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? _____

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa)

Depuis la première consultation, à quelle fréquence avec vous vu le patient?

- Hebdomadaire Toutes les deux semaines Mensuelle Autre _____

Médicaments (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

4 Traitement (suite)**Médicaments prescrits par d'autres médecins**

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Renseignements sur le traitement – Veuillez fournir des précisions sur le programme de traitement établi (ex. : traitement de physiothérapie, gestion de la douleur, traitement de chiropractie, massage, exercice, autre programme de réadaptation)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de la ou des hospitalisations

Du (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Votre patient a-t-il subi une intervention chirurgicale ou est-il prévu qu'il en subisse une? Non Oui

Si oui, indiquez le type d'intervention chirurgicale.

Chirurgie	
Date subie (jj-mm-aaaa)	Date prévue (jj-mm-aaaa)

4 Traitement (suite)

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer

Votre patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui

Dans la négative, veuillez expliquer.

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel? Non Oui

Si oui, veuillez expliquer.

5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrions déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

Veuillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'invalidité de l'assureur ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Prénom	Timbre du médecin	
Spécialiste			
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X			
			Date (jj-mm-aaaa)

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Halifax :**Télec. : 1 866 639-7850**

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Montréal :**Télec. : 1 866 639-7846**

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Toronto :**Télec. : 1 866 639-7851**

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Kitchener - Waterloo :**Télec. : 1 866 209-7215**

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Edmonton :**Télec. : 1 866 639-7820**

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Vancouver :**Télec. : 1 866 639-7829**

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

Questionnaire du médecin traitant

Demande de prestations d'invalidité de longue durée

État de santé mentale

Veillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

Nota : La trousse ILD de votre patient contient trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul formulaire. Veillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.

1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)						
Prénom			Nom de famille			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou bureau	
Ville				Province		Code postal
Numéro de téléphone (domicile)			Autre numéro de téléphone			
Adress électronique						
Numéro de contrat	Numéro de participant	Taille	Poids	Date du dernier jour de travail	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail	
		pi po m cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	(jj-mm-aaaa)	(jj-mm-aaaa)	

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

Prénom du participant	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
-----------------------	----------------	--------------------------------

Je suis le : médecin de famille spécialiste-conseil autre (précisez) _____

Diagnostic actuel

Diagnostic principal
Diagnostic secondaire

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic? Non Oui

L'affection est-elle reliée à :

une maladie ou une blessure professionnelle un accident de la route un acte criminel Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

Précisions

Date de votre première consultation relativement à cette affection (jj-mm-aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa)
---	---

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui Dans l'affirmative, précisez la date

Date (jj-mm-aaaa)	Fournisseur du traitement
-------------------	---------------------------

Avez-vous rempli récemment d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à votre patient? Non Oui

Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration Aucune évolution Détérioration

3 Observations cliniques et Examens complémentaires

Investigations

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? Non Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)
Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Veillez décrire dans quelle mesure l'affection du participant a une incidence sur ce qui suit :

	Aucune	Légère	Modérée	Grave
Apparence (soins personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigueur ou vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perspicacité ou jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids et/ou appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Observations ou commentaires illustrant dans quelle mesure l'affection a une incidence sur votre patient.

Facteurs aggravants

Veuillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

- Problèmes au travail Problèmes familiaux ou sociaux Problèmes financiers ou juridiques Forme physique Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants
- Effets secondaires de médicaments Perception de la douleur Capacités d'adaptation Personnalité ou motivation Autre

Veuillez préciser.

Veuillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? Non Oui Si oui, quand?

Date (jj-mm-aaaa)	Type de permis

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? _____

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa)

Votre patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui

Date (jj-mm-aaaa)

Dans l'affirmative, indiquez la date :

--

Fournisseur de soins

--

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments (suite)

Médicaments (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Médicaments prescrits par d'autres médecins

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Renseignements sur le traitement – Troubles psychologiques (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie alcoolisme et toxicomanie, thérapie de groupe, thérapie familiale, thérapie de couple, programme d'hôpital de jour)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

Renseignements sur le traitement – Affection physique concurrente (ex. : physiothérapie, chiropractie, autre programme de réadaptation)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments (suite)

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de toutes hospitalisations

Du (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer

Votre patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui

Dans la négative, veuillez expliquer.

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel? Non Oui

Si oui, veuillez expliquer.

5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrions déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

Veuillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'invalidité de l'assureur ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Prénom	Timbre du médecin	
Spécialiste			
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X			

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Halifax :

Télec. : 1 866 639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télec. : 1 866 209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télec. : 1 866 639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Edmonton :

Télec. : 1 866 639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Toronto :

Télec. : 1 866 639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télec. : 1 866 639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.