

**IMPORTANT**

- Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à votre Bureau des ressources humaines. De plus, remplissez la Partie 1 du formulaire « Renseignements médicaux de l'employé et déclaration du médecin traitant » (TBS/SCT 330-304) et remettez-la, avec la Partie 2, à votre médecin traitant. Sinon, des délais pourraient se produire dans le paiement des prestations auxquelles vous pourriez être admissible.
- Veuillez répondre à toutes les questions. Utilisez des feuilles séparées si nécessaire et joignez-les aux formulaires appropriés. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec votre Bureau des ressources humaines.
- Vous devez retourner le présent formulaire, dûment rempli, à votre employeur dans les huit semaines suivant la date du début de votre invalidité.
- Vous **devez** aviser la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (ci-après appelée l'« Assureur ») dans les plus brefs délais, dans les situations suivantes :
  - amélioration de votre état de santé permettant un retour au travail,
  - retour au travail à titre d'employé ou de travailleur autonome,
  - changement d'adresse.

**Renseignements personnels**

Nom	Prénom	Nom de jeune fille (pour les résidentes du Québec)
Adresse		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone (domicile) ( )	Date de naissance ( Jour / Mois / Année ) / /	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro d'assurance sociale (à des fins fiscales)		N° de certificat <b>CG -</b>

**Renseignements sur votre emploi**

Nom du superviseur	N° de téléphone ( )
Nom et adresse du ministère _____	

1.	À partir de quelle date votre maladie ou blessure vous a-t-elle empêché de travailler?	Jour	Mois	Année	
2.	Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi?	Jour	Mois	Année	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
3.	Quand prévoyez-vous être en mesure d'accepter un autre emploi?	Jour	Mois	Année	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
4.	Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
	Durant quelle période êtes-vous retourné au travail?	Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.			
	<b>Du</b> Jour Mois Année <b>au</b> Jour Mois Année				
	Avez-vous occupé :	Êtes-vous retourné à :			
	<input type="checkbox"/> votre propre poste <input type="checkbox"/> un nouvel emploi ou des fonctions modifiées	<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel			
5.	Avez-vous participé à des activités vous rapportant un salaire ou un profit depuis le début de votre invalidité?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser.			

**Renseignements sur votre maladie ou blessure**

1.	<b>a)</b> Êtes-vous confiné à domicile? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>b)</b> Êtes-vous alité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>c)</b> Êtes-vous hospitalisé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.	Votre médecin a-t-il recommandé d'apporter des modifications ou certaines restrictions au type de travail que vous faites? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Veuillez décrire les modifications et la date à laquelle elles ont été apportées. _____ _____

**Maladie ou blessure attribuable à un accident**

1. Votre maladie ou blessure est-elle attribuable à un accident?  Non  Oui Si oui, répondez aux questions suivantes.

2. Où s'est produit l'accident?  À votre domicile  Au travail  Ailleurs veuillez préciser : \_\_\_\_\_

3. Quand s'est produit l'accident? Jour / Mois / Année

4. Comment s'est produit l'accident?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Dans le cas d'un accident d'automobile, étiez-vous le conducteur?  Non  Oui

6. Des mesures légales sont/seront-elles entreprises contre la partie responsable de l'accident?

Oui

Nom de votre avocat		
Adresse		N° de téléphone (     )
Ville	Province	Code postal

Non Pourquoi avez-vous décidé de ne pas entreprendre de telles mesures?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Indemnités d'accident de travail (Veuillez joindre une copie de toute correspondance relative à votre demande d'indemnités d'accident de travail.)**

1. Si votre maladie ou blessure est de nature professionnelle, avez-vous fait une demande pour recevoir des indemnités d'accident de travail?  Non  Oui Si non, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

2. Recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir des indemnités d'accident de travail?  Non  Oui Si oui, veuillez continuer :

Quel est votre numéro de demande d'indemnisation?		Quel est le montant hebdomadaire d'indemnisation? \$	
---	--	--	--

3. Avez-vous reçu ou prévoyez-vous recevoir un montant pour une atteinte permanente?  Non  Oui Si oui, quand l'avez-vous reçu?

	Jour / Mois / Année		
--	---------------------	--	--

Quelle est la date du premier versement?

	Jour / Mois / Année		
--	---------------------	--	--

Était-ce une indemnisation mensuelle?  Non  Oui Si oui, quel en était le montant? \$ \_\_\_\_\_

Était-ce un règlement forfaitaire?  Non  Oui Si oui, quel en était le montant? \$ \_\_\_\_\_

4. Si votre demande a été refusée ou classée, en avez-vous appelé de la décision?

Non Si non, pourquoi pas?  
 \_\_\_\_\_

Oui Si oui, quand avez-vous déposé votre appel? Jour / Mois / Année

De quel type d'appel s'agissait-il (si connu)?

Oral  Bureau de révision  Comité d'expertise médicale

Bureau médical  Autre : \_\_\_\_\_

**Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec**

**1.** Avez-vous fait une demande de prestations d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec?

Oui      Quand avez-vous fait la demande? 

Jour	Mois	Année
/	/	

Non      Si non, veuillez expliquer pourquoi.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.** Si vous avez fait une demande de prestations d'invalidité, a-t-elle été approuvée?

Oui      Veuillez joindre à ce formulaire une copie de l'avis d'admissibilité.

Non      Si votre demande a été refusée ou que vous en avez appelé de la décision, veuillez préciser et indiquer les dates. De plus, joignez une copie de la lettre de décision.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vos autres sources de revenu**

Veuillez énumérer tout montant d'argent que vous recevez à l'heure actuelle ou que vous prévoyez recevoir de toute autre source que celles mentionnées précédemment. Il se peut que nous tenions compte de certains de ces montants au moment de calculer votre prestation d'assurance-invalidité.

Source	Nom de la source et numéro de police	Avez-vous fait une demande pour recevoir ce revenu?		Recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir un revenu?		Montant mensuel
		Oui	Non	Reçoit	Prévoit recevoir	
Autres régimes d'assurance d'association ou de groupe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres régimes gouvernementaux (non limité au Canada)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance automobile (provinciale)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>	s.o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnité pour les victimes de crime	s.o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre (veuillez préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Retour au travail**

Le retour au travail est une composante importante de votre programme thérapeutique. Si vous êtes admissible, l'Assureur propose un programme visant à vous aider à retourner au travail. Un spécialiste de la réadaptation représentant l'Assureur pourrait communiquer avec vous. Étant donné que le Régime d'assurance-invalidité utilise une définition de l'invalidité différente pour les 24 premiers mois de prestations et pour la période subséquente, il est nettement plus avantageux pour vous de profiter de la période pendant laquelle vous recevez un appui financier en vertu du Régime pour préparer votre retour sur le marché du travail. Cette situation est particulièrement vraie lorsque les seules restrictions que vous impose votre invalidité ne s'appliquent qu'à votre emploi.

**1.** Que vous a dit votre médecin à propos d'un retour au travail?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.** Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur, que ce soit à votre poste tel qu'il existait auparavant, à votre poste en apportant des modifications à vos tâches, ou à un autre poste?

Non

Oui      Si oui,       À temps partiel?       À temps plein?       Ou de façon progressive?

Veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

