

Demande de règlement d'invalidité – Déclaration de l'employeur

Pour éviter tout retard dans l'étude de cette demande de règlement, il faut présenter la Déclaration du demandeur et la Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité. **Le présent formulaire doit être rempli au complet.**

1 Renseignements personnels de l'employé – L'employé doit remplir cette section seulement.

Numéro de contrat	Prénom de l'employé <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
-------------------	--	-----	--

2 Renseignements sur l'employeur – L'employeur doit remplir les sections 2 à 6.

Nom de l'entreprise			
Adresse (numéro et rue.)		Bureau	Ville
Province	Code postal	Numéro de téléphone - -	

3 Renseignements touchant l'admissibilité

Date d'embauche (jj-mm-aaaa) - -	Dernier jour de travail (jj-mm-aaaa) - -	Nombre d'heures dans une semaine normale de travail :	L'employé a-t-il repris le travail? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», date de retour au travail : (jj-mm-aaaa) - -
Raison de l'arrêt de travail : <input type="checkbox"/> Invalidité professionnelle <input type="checkbox"/> Autre invalidité <input type="checkbox"/> Congé autorisé <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Autre			Si «non», date prévue de retour au travail : (jj-mm-aaaa) - -

4 Prestations/Indemnités

Fournisseur des garanties collectives Invalidité (nom de la compagnie d'assurance) :				
Numéro de contrat pour les garanties collectives Invalidité :	Date d'effet de la demande de règlement d'invalidité : (jj-mm-aaaa) - -	Situation de la demande de règlement d'invalidité <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En appel <input type="checkbox"/> Autre : _____	Si approuvée, depuis le : (jj-mm-aaaa) - -	Montant de la prestation \$
Numéro de la demande d'indemnité auprès d'une commission des accidents du travail :	Date d'effet de la demande d'indemnité : (jj-mm-aaaa) - -	Situation de la demande d'indemnité <input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En appel <input type="checkbox"/> Autre : _____	Si approuvée, depuis le : (jj-mm-aaaa) - -	Montant de l'indemnité \$

5 Renseignements sur l'assiduité

Au cours des 3 dernières années, l'employé a-t-il été incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'exercer sa profession habituelle pour une période de plus de 2 semaines? Si «oui», donnez les détails ci-dessous :

Premier jour d'invalidité (jj-mm-aaaa)	Motif	Date de retour au travail (jj-mm-aaaa)
- -		- -
- -		- -
- -		- -

Demande de règlement d'invalidité – Déclaration de l'employeur

6 Profession

Titre du poste

Veuillez répondre aux questions suivantes ou joindre une description de tâches en bonne et due forme. Les renseignements devraient porter sur les tâches habituelles qu'exerçait l'employé juste avant d'arrêter de travailler.

Poste occupé		
Études minimales requises		
Cours de formation ou certificats requis		
Exposez brièvement les tâches habituelles de l'employé		
Nombre d'heures par jour où l'employé doit marcher :	Nombre d'heures par jour où l'employé doit se tenir debout :	Nombre d'heures par jour où l'employé doit être assis :

Indiquez si le poste requiert les activités suivantes

Utiliser des machines ou un équipement particulier	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», précisez.
Soulever ou transporter des objets	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», indiquez : Leur poids approximatif _____, de quelle hauteur ils sont soulevés _____, à quelle hauteur _____. Combien de fois doit-il soulever ou transporter des objets? _____
Étendre les bras ou se pencher	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», précisez les tâches et leur fréquence.
Grimper	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», précisez (monter des escaliers, des escabeaux, des poteaux, etc.) _____ Combien de fois doit-il effectuer ces mouvements? _____
Utiliser un ordinateur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si «oui», précisez le nombre d'heures par jour _____
	Y a-t-il des exigences physiques particulières associées à ses tâches? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez.
	Le demandeur doit-il travailler dans un milieu ou des conditions de travail inhabituelles (ex. travailler au-dessus ou au-dessous du niveau du sol; être exposé à la chaleur, au froid, à l'humidité, à la poussière, à des émanations de gaz ou de vapeurs; effectuer des tâches comportant des risques)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez.
	Ajoutez tout renseignement sur l'employé qui pourrait influencer sur sa capacité de travailler.

Demande de règlement d'invalidité – Déclaration de l'employeur

Prénom de la personne ressource	Nom	Numéro de téléphone – –
Poste ou titre		
Signature X	Date (jj-mm-aaaa) – –	

Veillez retourner ce formulaire à l'employé ou envoyez-le à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud, C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Si vous le préférez, vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au numéro ci-dessous. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir vous y reporter au besoin.

Numéro de télécopieur : 1 866 487-4745