

Demande d'accès au compte du contrat en cas d'invalidité – Déclaration d'invalidité par le demandeur

227, rue King Sud, C.P. 1601, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Écrire lisiblement à l'encre en caractères d'imprimerie.

A Renseignements sur la demande

Veuillez préciser le genre d'invalidité qui vous amène à présenter cette demande :

- Invalidité professionnelle
 Invalidité grave – accident et maladie
 Invalidité grave – détérioration des facultés mentales
 Invalidité grave – maladie en phase terminale

Nota : Si vous demandez l'accès au compte du contrat pour invalidité grave par suite d'un accident, d'une maladie ou d'une détérioration des facultés mentales, veuillez remplir les sections A, B et C, sinon remplissez les sections A et B seulement.

Montant que vous voulez retirer (si la demande est approuvée) : _____ \$ (indiquer un montant ou le maximum)

Renseignements importants

Vous devez joindre à cette déclaration le paiement des frais d'étude de la demande. Si vous ne réglez pas ces frais par chèque, nous les retirerons du compte du contrat. Si vous ne joignez pas un chèque à votre demande, vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à retirer les frais du compte de votre contrat. En signant l'autorisation ci-dessous, vous nous autorisez à retirer les frais du compte du contrat.

Si la «Demande d'accès au compte du contrat en cas d'invalidité» n'est pas approuvée et si les frais d'étude de votre demande ont été retirés de votre compte de contrat, ces frais ne seront pas remboursés. Le retrait des frais du compte du contrat pourrait donner lieu à une disposition imposable.

Signature du propriétaire du contrat s'il n'est pas le demandeur (la personne assurée)

Nota : Il faut signer cette autorisation seulement si le propriétaire du contrat n'est pas la personne assurée.

En ne joignant pas un chèque pour les frais d'étude de la demande à cette déclaration, j'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à retirer du compte de mon contrat les frais d'étude de la demande. Je sais que si la personne assurée n'est pas admissible au titre de la disposition permettant l'«Accès au compte du contrat en cas d'invalidité», le retrait des frais du compte du contrat pourrait donner lieu à une disposition imposable.

Je consens à ce que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie utilise mon numéro d'assurance sociale à des fins fiscales relativement à cette demande.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pour la durée de la présente demande.

Fait le (jj-mm-aaaa)	Signature du propriétaire X
----------------------	--------------------------------

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

B Renseignements sur la personne assurée pour qui on présente la demande

Numéro du contrat	Numéro du régime d'assurance maladie provinciale
Prénom <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}	Nom

1. Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville			Province <input type="checkbox"/> Code postal <input type="checkbox"/>

B Renseignements sur la personne assurée pour qui on présente la demande (suite)

2. Employeur	Votre profession	Numéro de téléphone	
Adresse de l'employeur (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal

Antécédents médicaux

1. Décrivez votre état de santé actuel, précisez-en la cause et les antécédents. (S'il résulte d'une blessure, décrivez aussi l'accident et précisez-en la date et le lieu.)

2. a) Date des premiers symptômes b) L'état de santé m'empêche de travailler depuis le
- c) L'état de santé m'a forcé(e) à changer d'emploi. Oui Non
- Si «oui», indiquez votre revenu avant le changement _____ \$ et votre revenu après le changement _____ \$.

3. Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie du même genre? Oui Non

Si «oui», décrivez votre état d'alors, précisez la date de cette blessure ou maladie et indiquez pendant combien temps vous avez dû vous absenter du travail.

4. S'il s'agit d'une blessure, quelqu'un d'autre est-il responsable de l'accident? Oui Non
- Si «oui», prévoyez-vous intenter ou avez-vous intenté des poursuites judiciaires? Oui Non

5. Indiquer ci-dessous les noms de tous les médecins que vous avez consultés en raison de votre état de santé actuel. (Si possible, joindre une copie de tous les rapports de spécialistes disponibles.)

Nom du médecin	Adresse	Consultation du	au	Hospitalisation du	au

6. a) Avez-vous tenté de retourner au travail ou avez-vous repris le travail? Oui Non
- b) Si «oui», du au Indiquer Temps plein Temps partiel Emploi habituel Nouvel emploi/ Nouvelles fonctions
- c) Si «non», quand prévoyez-vous retourner au travail en vue d'exercer votre profession habituelle ou exercer toute autre profession?
- d) Participez-vous actuellement à un programme de réadaptation ou de formation? Oui Non
- Si «oui», veuillez donner des précisions.

B Renseignements sur la personne assurée pour qui on présente la demande (suite)

7. Si vous avez séjourné dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers en raison de votre état de santé actuel, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Nom	Adresse et numéro de téléphone	Admission (jj-mm-aaaa)	Sortie (jj-mm-aaaa)

8. Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations d'invalidité, des prestations en vertu d'un régime d'assurance-salaire et/ou des prestations de retraite? Oui Non

Si «oui», remplir ce qui suit.

- CSST/CSPAAT/CAT Si «oui», remplir l'autorisation qui figure à la page 7.

Montant _____ Périodicité _____ Prise d'effet _____ N° de la demande _____

- Prestation d'invalidité du RRQ/RPC Montant _____ Périodicité _____ Prise d'effet _____ N° de la demande _____

- Assurance automobile collective Montant _____ Périodicité _____ Prise d'effet _____ N° de la demande _____

- Assurance collective Montant _____ Périodicité _____ Prise d'effet _____ N° de la demande _____

- Invalidité de courte durée/longue durée/Nom de la compagnie _____

- Autre (ex. poursuites judiciaires, rente de retraite) _____

Études

1. Indiquez votre niveau scolaire 6^e année ou moins 7 8 9 10 11 12 13

2. a) Nom de l'école de formation professionnelle ou technique _____ b) Diplôme obtenu _____

3. a) Nom du collège, du CÉGEP ou de l'université fréquentée _____ b) Nombres d'années d'études _____

- c) Diplôme obtenu _____ d) Discipline principale _____

4. Pays/province où vous avez fait vos études _____

5. Connaissances linguistiques a) Français écrit parlé b) Anglais écrit parlé

- c) Autre _____ écrit parlé

Formation

1. Indiquez les cours de nature technique ou administrative suivis _____

2. Nom des programmes d'apprentissage suivis _____

3. Tout autre certificat/diplôme/permis que vous détenez ainsi que l'année où vous avez obtenu chacun d'eux.

4. Formation en cours d'emploi (cours offerts par l'entreprise, expérience acquise sur le tas, etc.)

B Renseignements sur la personne assurée pour qui on présente la demande (suite)

5. Cours d'intérêt particulier et endroits où ils ont été suivis

6. a) Avez-vous un permis de conduire valide? Oui Non

Si «oui» s'agit-il d'un permis de conduire ordinaire d'un autre type de permis (préciser) _____

b) Des restrictions ont-elles été inscrites sur votre permis de conduire en raison de votre état de santé? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions.

Expérience

1. Emploi actuel : Décrivez brièvement les tâches que vous accomplissez et la date à laquelle vous avez commencé à exercer cet emploi.

2. Emploi antérieur : Veuillez remplir le tableau suivant, en fournissant des précisions au sujet des postes que vous avez occupés auparavant.

Nom de l'employeur	Titre du poste et fonctions	Durée de l'emploi du au

3. Compétences liées au poste : Quelles compétences avez-vous acquises sur votre poste actuel et les postes que vous avez occupés auparavant? (ex. : la dactylographie, manipulation d'appareils, fonctions de superviseur, etc.) Indiquer le niveau de compétence, le cas échéant.

4. Activités communautaires : Décrivez toute activité à laquelle vous participez ou avez participé auprès d'organisations communautaires ou bénévoles ou d'une église.

5. Passe-temps

C Activités de la vie quotidienne

Vous devez remplir cette section seulement si vous présentez la demande pour invalidité grave par suite d'un accident, d'une maladie ou d'une détérioration des facultés mentales.

1. Vivez-vous présentement à l'adresse indiquée à la section B? Oui Non
Si «oui», avec qui vivez-vous? Je vis seul(e) avec mon conjoint avec un membre de la famille Autre
Si «non», où vivez-vous présentement? Je vis dans une maison de soins infirmiers dans un hôpital
 dans la maison d'un membre de ma famille Autre

Numéro de téléphone

Numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre :

2. a) Veuillez décrire votre dépendance physique et sa cause.

Date (jj-mm-aaaa)

- b) Date où vous avez commencé à avoir besoin d'aide pour au moins 2 des activités de la vie quotidienne

C Activités de la vie quotidienne (suite)

3. Avez-vous besoin d'une aide physique importante de la part d'une autre personne pour accomplir au moins 2 des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous? Oui Non Si «oui», veuillez remplir le tableau suivant, car ces renseignements sont essentiels à l'étude de votre demande d'accès au compte du contrat en cas d'invalidité.

Activité	Oui/Non	Date (jj-mm-aaaa)	Précisions (préciser la fréquence de l'aide)
Se laver			
a) en faisant sa toilette à l'éponge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) dans une baignoire ou une douche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) prendre place dans la baignoire ou la douche et en sortir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
S'habiller (mettre, retirer, attacher et défaire)			
a) les vêtements portés habituellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) des orthèses et supports médicalement nécessaires ou des membres artificiels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Se nourrir (en absorbant de la nourriture, NE COMPREND PAS la cuisson ou la préparation des repas)			
a) aliments placés sur une assiette, dans une tasse ou sur la table	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) au moyen d'une sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) de façon intraveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Se servir des toilettes			
a) effectuer l'aller-retour aux toilettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) s'asseoir sur le siège des toilettes et se relever	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Se déplacer (se coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise)			
a) se coucher ou se lever du lit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) s'asseoir ou se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) s'asseoir ou se lever d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Être continent			
a) souffrez-vous d'une incontinence urinaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b) souffrez-vous d'une incontinence fécale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
c) avez-vous besoin d'aide pour accomplir les activités liées à l'hygiène personnelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Les appareils ou accessoires fonctionnels servent à faciliter les activités courantes d'une personne et comprennent, sans s'y limiter, les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les fauteuils roulants, les sièges de toilette réglables, les tabourets de bain et les enfile-chaussettes.

Nom de l'agence ou de la personne qui fournit les soins	S'agit-il d'un professionnel de la santé autorisé?	Adresse	Numéro de téléphone	Début des soins (jj-mm-aaaa)	Nature de l'aide fournie
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

C Activités de la vie quotidienne (suite)

4. Utilisez-vous des accessoires ou appareils fonctionnels pour accomplir une des activités de la vie quotidienne? Oui Non
Si «oui» veuillez dresser la liste de ces accessoires ou appareils et indiquer pour quelle activité vous les utilisez.

5. Veuillez indiquer le nom de tous les soignants qui s'occupent actuellement de vous. Veuillez inclure les soignants autorisés à fournir des soins, de même que les amis et les membres de la famille qui vous aident.

D Autorisation

En signant cette autorisation, je soussigné(e), _____, autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs conseillers et fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à l'assurance établie sur la tête de _____ (personne assurée), et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à cette demande, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, les organismes responsables des régimes provinciaux d'assurance-maladie, les établissements médicaux, le MIB, Inc., les agences d'investigation, les compagnies d'assurance et de réassurance.

En ne joignant pas un chèque pour les frais d'étude de la demande à cette déclaration, j'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à retirer du compte de mon contrat les frais d'étude de la demande. Je sais que si je ne suis pas admissible, au titre de la disposition permettant l'«Accès au compte du contrat en cas d'invalidité», le retrait des frais du compte du contrat pourrait donner lieu à une disposition imposable.

Je consens à ce que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie utilise mon numéro d'assurance sociale à des fins fiscales en relation avec cette demande.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pour la durée de la présente demande.

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du demandeur (personne assurée) X
-------------------	--

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Demande d'accès au compte du contrat en cas d'invalidité – Autorisation pour la CSST/CSPAAT/CAT

227, rue King Sud, C.P. 1601, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Nota : Vous devez donner cette autorisation seulement si vous touchez des prestations de la CSST/CSPAAT/CAT.

Numéro du contrat _____ Nom _____

Par la présente, j'autorise la commission des accidents du travail (CSST/CSPAAT, CAT) à fournir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie tous les renseignements d'ordre médical ou autre dont elle a besoin pour l'évaluation de ma demande de règlement invalidité.

Numéro de ma demande à la CSST/CSPAAT/CAT : _____

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du demandeur (personne assurée) X
-------------------	--