



# Assurance prêts aux entreprises Demande de règlement pour invalidité

Police collective 51000\*

## Avant de présenter une demande de règlement pour invalidité

- Remplir et signer la déclaration d'invalidité du demandeur.
- Remplir et signer l'autorisation du patient figurant dans la déclaration du médecin traitant.
- Le médecin doit remplir la déclaration du médecin traitant avec le plus de précisions possible.
- La formule complète de la demande de règlement pour invalidité comprend trois parties
  - Déclaration de l'employeur,
  - Déclaration du demandeur et
  - Déclaration du médecin traitant.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne peut traiter votre demande qu'après réception des trois parties remplies en entier. Afin d'éviter tout retard, veillez à ce que les formules soient remplies au complet et à ce que l'information fournie soit la plus complète possible, pour faciliter l'évaluation de la demande de règlement.

- Comme nos médecins-conseils ne font pas d'examen clinique, notre évaluation repose sur la qualité des renseignements médicaux fournis par votre médecin à l'appui de votre demande.
- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie évalue les renseignements figurant dans les déclarations et détermine si votre état de santé vous empêche ou non de travailler.

## Pour assurer la rapidité du traitement de votre demande de règlement

- Envoyez votre demande à l'adresse suivante: Centre des services d'assurance  
C. P. 53, succursale A  
Mississauga (Ontario)  
L5A 2Y9  
Unité: 04523
- Veillez à ce que toutes les formules nécessaires soient remplies en entier et retournées le plus tôt possible.
- Veuillez lire attentivement et suivre les directives suivantes.

## En attendant l'approbation de votre demande

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si de plus amples renseignements sont nécessaires à l'évaluation de votre demande.
- Vous devez continuer à faire vos remboursements de prêt au complet jusqu'à ce que votre demande soit évaluée et que l'indemnisation commence.
- Si vous avez des questions au sujet de votre demande, vous pouvez communiquer avec le Centre des services d'assurance au 1 800 769-2523.

## Remarques importantes

- L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.
- Le délai de carence est de 60 jours. Si votre demande est acceptée, l'indemnisation commencera après l'expiration du délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande sont à votre charge.
- La déclaration du médecin traitant doit être remplie par un docteur en médecine autorisé.
- Vous devez informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.



# Assurance prêts aux entreprises

## Demande de règlement pour invalidité

FORMULE É 89445 (11/2007)

Police collective 51000\*

**Déclaration de l'employeur** (à remplir par le demandeur si celui-ci est un travailleur autonome et à envoyer avec les documents précisés au point n° 9 ci-dessous)

L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

**Directives:**

La «Déclaration de l'employeur» doit être remplie en entier ; assurez-vous de répondre à toutes les questions.

N'oubliez pas de signer et de dater l'attestation.

**1. Renseignements sur l'employé**

Nom de l'employé:			
Adresse de l'employé: Numéro et rue			
Ville		Province	Code postal
Premier jour de service de l'employé (jj/mm/aaaa)	Dernier jour de travail prévu de l'employé (jj/mm/aaaa)	Dernier jour travaillé par l'employé (jj/mm/aaaa)	
L'employé est-il un membre de la famille de l'employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**2. Renseignements sur le travail**

1. Pour quelle raison l'employé a-t-il cessé de travailler ?  Vacances  Licenciement  Congé autorisé  
 Invalidité  Autre (préciser) \_\_\_\_\_
2. Date prévue du retour au travail de l'employé (jj/mm/aaaa):  
ou  
Date réelle du retour au travail de l'employé (jj/mm/aaaa):
3. Si l'invalidité est attribuable à un accident, avez-vous présenté un rapport d'accident à la CSST/CSPAAT ?  Oui  Non
4. Quelles étaient les tâches ou les fonctions de l'employé le jour où il a cessé de travailler ? La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie exige une copie de la description du poste de l'employé. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles de l'employé.
5. A-t-il un emploi  à temps plein ?  à temps partiel ?  saisonnier ?  
Précisez le nombre d'heures de travail par semaine: \_\_\_\_\_  
Dans le cas d'un emploi saisonnier, précisez la période d'emploi annuelle (premier et dernier jour, inclusivement):  
Du: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
6. À quel endroit l'employé exerce-t-il ses fonctions ?  domicile ?  locaux de l'entreprise ?  autre \_\_\_\_\_
7. Veuillez donner les dates et les précisions concernant tout congé de maladie pris au cours des 12 mois précédant le début de l'invalidité.
8. Si les tâches ou les fonctions de l'employé ont changé au cours des 12 mois précédant son arrêt de travail, veuillez décrire ses tâches ou fonctions précédentes et donner la raison et la date d'effet du changement. Indiquez tout changement apporté au nombre d'heures de travail par jour/par semaine.
9. Si vous êtes un travailleur autonome: les critères d'admissibilité stipulés par le contrat précisent que vous devez travailler au moins 20 heures par semaine en moyenne pour être admissible à l'assurance. Si vous êtes un travailleur autonome, nous devons obtenir confirmation des heures travaillées. Nous exigeons une copie de votre déclaration de revenus de l'an passé et de tous les bordereaux de paie de l'année civile précédente jusqu'à la date de l'invalidité.

**3. Attestation et signature**

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et leur conformité aux dossiers de l'entreprise.

Nom du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie):		Titre:	
Nom de l'employeur:		Téléphone:	Télécopieur:
Adresse: Numéro et rue			
Ville		Province	Code postal
Signature du signataire autorisé		Date (jj/mm/aaaa):	



# Assurance prêts aux entreprises Demande de règlement pour invalidité

FORMULE É 89445 (11/2007)

Police collective 51000\*

## Déclaration du demandeur

L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

## Directives

La déclaration du demandeur doit être remplie en entier; assurez-vous de répondre à toutes les questions.

N'oubliez pas de signer et de dater l'autorisation du demandeur.

Écrivez lisiblement, en caractères d'imprimerie.

Avez-vous envoyé aussi une demande de règlement au titre de l'assurance mutilation accidentelle ?  Oui  Non

## 1. Renseignements sur le demandeur

Nom du demandeur:		N° de FCR du demandeur	
Adresse: Numéro et rue Ville		Province	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français	Téléphone au travail: Téléphone au domicile:
Nom de l'entreprise		N° FCR de l'entreprise:	N° du prêt d'entreprise

## 2. Précisions sur l'invalidité

1. a) À votre connaissance, quel est le diagnostic de votre maladie ?

b) Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, diète, conseils, physiothérapie) ?

c) Quelles sont les restrictions imposées, le cas échéant, par votre médecin à l'égard de votre travail ?

d) Décrivez comment votre état de santé vous empêche de travailler et d'accomplir les tâches de votre poste.

e) À quelle date sont apparus les premiers symptômes de votre maladie ou à quelle date est survenue la blessure ?  
(jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

f) Quelle est la date à laquelle vous avez consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette maladie ou de cette blessure: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

2. a) Si l'invalidité a été causée par un accident, où l'accident est-il survenu ?

à la maison  au travail  ailleurs (précisez) ? \_\_\_\_\_

Date de l'accident (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

b) Quelles sont les circonstances de l'accident/la blessure ?

Dans le cas d'un accident de véhicule motorisé, étiez-vous le conducteur du véhicule ?  Oui  Non

Si oui, envoyez-nous une copie du rapport de police sur l'accident, si possible.

3. À partir de quelle date avez-vous été, de façon totale et continue, dans l'incapacité d'exercer vos fonctions ?

(jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

4. a) Êtes-vous actuellement  obligé de rester à la maison ?  alité ?  hospitalisé ?  capable de vous déplacer ?

b) Décrivez vos activités courantes

**2. Précisions sur l'invalidité (suite)**

4. c) Avez-vous exercé quelque emploi ou activité contre rémunération ou profit depuis que vous êtes invalide ?  
 Oui     Non    Si oui, veuillez préciser.

--

- d) À quelle date prévoyez-vous être en mesure de reprendre effectivement le travail, à temps plein ou à temps partiel ?  
 (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

5. a) Indiquez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés ou auprès desquels vous avez reçu des soins pour votre maladie ou votre blessure.


- b) Indiquez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés ou auprès desquels vous avez reçu des soins au cours des trois dernières années et donner des précisions.

Nature de la maladie/blessure	Dates des visites /traitements	Traitement prescrit (médicaments, diète, etc.)	Nom et adresse des médecins

- c) Si, à la suite de ces maladies ou blessures antérieures, vous avez dû modifier vos habitudes de travail ou limiter certaines activités professionnelles, veuillez préciser la nature des modifications et la date d'effet.

--

6. Veuillez inscrire toute intervention chirurgicale subie en cours d'hospitalisation au cours des trois dernières années.

Genre de chirurgie	Date de l'intervention	Nom de l'hôpital	Nom du chirurgien

7. Si la déclaration du médecin traitant concernant l'invalidité n'a pas été envoyée avec la présente demande de règlement, votre médecin l'enverra-t-il directement ?

Oui     Non    Si non, veuillez préciser.

--

8. Veuillez inscrire le numéro de toutes les polices, collectives ou individuelles, au titre desquelles la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie vous couvre.

--

**3. Autorisation du demandeur**

J'atteste que les déclarations faites dans la présente formule sont véridiques et complètes. Il est entendu que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut faire enquête au sujet de la présente demande. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser et à échanger les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de l'administration et de l'évaluation de ma demande de règlement au titre du présent régime, les uns avec les autres et avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à ma demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Une photocopie de la présente autorisation a même valeur que l'original et restera valide pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du demandeur

Date (jj/mm/aaaa):



# Assurance prêts aux entreprises

## Demande de règlement pour invalidité

FORMULE É 89445 (11/2007)

Police collective 51000\*

### Déclaration du médecin traitant

L'attestation d'invalidité doit être présentée dans les 150 jours suivant le début de l'invalidité.

### Directives

Afin de préserver la confidentialité de votre dossier, veuillez retourner la présente déclaration au demandeur, qui l'enverra avec sa demande de règlement.

Tous les frais engagés pour la rédaction de la présente formule sont à la charge du patient.

Le but du présent rapport est de nous aider dans l'évaluation de la demande de règlement pour invalidité. En rédigeant ce rapport, assurez-vous de fournir suffisamment de renseignements à propos des antécédents médicaux, de l'état physique, du diagnostic, de l'évolution clinique, du traitement et de la réponse du patient au traitement pour nous permettre d'évaluer la demande.

### 1. Autorisation du patient

J'autorise mon médecin à utiliser, à communiquer et à échanger des renseignements avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et fournisseurs aux fins de la tarification, de l'administration et de l'évaluation de mes demandes de règlement au titre du présent régime. Il est entendu qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation a même valeur que l'original.

Nom du patient	Signature	Date (jj/mm/aaaa):
----------------	-----------	--------------------

### 2. Renseignements médicaux

#### 1. Contexte

- a) À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou à quelle date l'accident (la blessure) est-il(elle) survenu(e) ?  
(jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- b) À quelle date le patient a-t-il cessé de travailler en raison de son invalidité ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- c) Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection semblable ?  
 Oui     Non    Si oui, veuillez indiquer la date et donner des précisions.

- d) Si l'affection persiste depuis longtemps, comment décriez-vous son évolution depuis son apparition ?  
 Amélioration     État inchangé     Légère aggravation     Aggravation importante
- e) L'affection du patient est-elle le résultat d'une blessure ou d'une maladie liée à son travail ?  
 Oui     Non     Indéterminé
- f) L'affection est-elle attribuable à un accident ou à une blessure ? Quelles sont les circonstances de l'accident/la blessure ?

Les facultés du patient étaient-elles affaiblies par l'effet de l'alcool ou de drogues au moment de l'accident/la blessure ?  
 Oui     Non     Indéterminé

- g) L'affection est-elle attribuable ou liée à la grossesse ?     Oui     Non  
Si oui, veuillez préciser la date prévue de l'accouchement. (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- h) Le patient suit-il un traitement ou a-t-il besoin de soins en raison de sa consommation d'alcool ou de drogues ?  
 Oui     Non
- i) L'affection est-elle attribuable à une blessure que le patient s'est infligée intentionnellement ou à une tentative de suicide ?  
 Oui     Non
- j) L'affection est-elle attribuable à une chirurgie ou à un traitement de nature esthétique ou expérimentale ?  
 Oui     Non

#### 2. Diagnostic (y compris toute complication)

a)

Diagnostic principal
Diagnostic secondaire

b)

Symptômes subjectifs

c)

Résultats d'examen (y compris les derniers résultats des radiographies, des électrocardiogrammes, des analyses de laboratoire et de tout examen clinique)

**2. Renseignements médicaux (suite)****3. Date de traitement**

- a) Date de la première visite: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- b) Date de la dernière visite: (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- c) Fréquence des visites:  Hebdomadaires  Mensuelles  Autre (précisez): \_\_\_\_\_

**4. Nature du traitement (y compris les interventions chirurgicales ou les médicaments prescrits, le cas échéant)**


**5. Progression**

- a) Le patient ou son état:  est rétabli  est inchangé  s'est amélioré  s'est aggravé
- b) Le patient:  peut se déplacer  est alité  doit rester à la maison  est hospitalisé
- c) Le patient a-t-il été hospitalisé ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser le nom et l'adresse de l'hôpital.

Hospitalisé du: (jj/mm/aaaa) _____	au: (jj/mm/aaaa) _____
------------------------------------	------------------------

**6. État cardiaque (s'il y a lieu)**

- a) Capacité fonctionnelle (selon la classification de l'*American Heart Association*)
- Catégorie 1 (aucune diminution)  Catégorie 2 (diminution mineure)  Catégorie 3 (diminution majeure)
- Catégorie 4 (diminution complète)
- b) Tension artérielle (dernière visite): systolique \_\_\_\_\_ / diastolique \_\_\_\_\_

**7. Déficience physique**

- Catégorie 1 - AUCUNE diminution de la capacité fonctionnelle; capable de gros travaux ; aucune restriction. (0 - 10 %)
- Catégorie 2 - Activité manuelle modérée (15 - 30 %)
- Catégorie 3 - Faible diminution de la capacité fonctionnelle; capable de travaux légers (35 - 55 %)
- Catégorie 4 - Diminution modérée de la capacité fonctionnelle, capable de faire du travail de bureau/des tâches administratives (activité sédentaire). (60 - 70 %)
- Catégorie 5 - Grave diminution de la capacité fonctionnelle; aucune forme de travail (même sédentaire) (75 - 100 %).
- Restrictions particulières (flexion, soulèvement de charges, etc.) \_\_\_\_\_

**Remarques:**

- a) Qu'est-ce qui empêche le patient de recommencer à exercer la totalité ou une partie de ses fonctions ?


- b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches ou ses heures de travail étaient modifiées ? Le cas échéant, précisez les modifications à apporter et la date à laquelle vous croyez que le patient pourrait commencer à accomplir des tâches modifiées ou reprendre le travail selon un horaire modifié.


**2. Renseignements médicaux (suite)****8. Troubles mentaux/nerveux (le cas échéant)**

Veillez utiliser la terminologie du DSM-IV, y compris l'évaluation multiaxiale et l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Axe I (diagnostic primaire)	
Axe II	
Axe III	
Axe IV	
Axe V - note EGF actuelle	plus faible note EGF de l'année dernière

Indiquez quelle note EGF doit atteindre le patient pour être en mesure de reprendre le travail à temps plein. \_\_\_\_\_

**Remarques**

- a) Expliquez en quoi les restrictions de nature psychologique du patient empêchent le patient d'accomplir les principales tâches de son poste.


- b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches ou ses heures de travail étaient modifiées ? Le cas échéant, précisez les modifications à apporter et la date à laquelle vous croyez que le patient pourrait commencer à accomplir des tâches modifiées ou reprendre le travail selon un horaire modifié.


9. Pensez-vous que le patient a la capacité d'endosser un chèque et de veiller à la bonne utilisation des fonds ?  Oui  Non

**10. Pronostic****Emploi du patient****Autre emploi**

- a) Le patient est-il maintenant totalement incapable de travailler ?  Oui  Non  Oui  Non
- b) Si non, à quelle date le patient était-il en mesure de reprendre le travail ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_
- c) Si oui, à quelle date croyez-vous que le patient sera suffisamment rétabli pour reprendre le travail ? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
 Indéterminé  Jamais  Indéterminé  Jamais
- d) Veuillez préciser les dates auxquelles le patient vous a consulté au sujet de cette affection ou de toute autre affection au cours des trois dernières années.

Dates (mois/année)	Antécédents médicaux (signes physiques)	Diagnostic	Traitement

- e) Veuillez joindre copie des résultats d'examen médicaux, dossiers d'hospitalisation, notes de consultation et rapports de spécialistes des trois dernières années qui sont disponibles.
- f) Précisez le nom et l'adresse de tous les autres médecins qui ont traité le patient au cours des trois dernières années.

Nom/Spécialité	Raison de la recommandation/du traitement	Adresse	Téléphone/Télocopieur

**3. Signature du médecin traitant**

Date (jj/mm/aaaa)	Signature	Diplôme/Spécialisation	N° de téléphone ( )
Adresse: Numéro et rue			
Ville		Province	Code postal