

Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement invalidité?

Liste de contrôle :

- Déclaration du demandeur dûment remplie et signée
- Études, formation et expérience dûment rempli et signé
- Déclaration du médecin traitant dûment remplie et signée*

* Vous devez remplir l'autorisation du patient figurant dans la Déclaration du médecin traitant. Votre médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant en fournissant le plus de renseignements possible. La Déclaration du médecin traitant doit vous être immédiatement remise pour que vous la joigniez à votre demande de règlement.

Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont dûment remplis et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer votre demande de règlement. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne pourra pas donner suite à votre demande que lorsqu'elle aura reçu tous les documents ci-dessus.

À noter :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.
- Aucune prestation est payable durant le délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin ou un spécialiste qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.
- Si votre état de santé s'améliore ou s'aggrave, vous devez en informer immédiatement la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des formulaires de demande de règlement.
- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si elle a besoin de renseignements supplémentaires pour terminer l'étude de votre demande.
- Tant que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne vous a pas informé par écrit de sa décision, vous devez continuer d'effectuer en entier les paiements sur votre marge de crédit ou votre prêt.
- Pour tout renseignement concernant votre demande de règlement, vous pouvez appeler la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au 1-877-271-8713.

Veuillez envoyer votre demande à :

Première fondation du savoir
À l'attention de Demande de règlement au titre de l'assurance
50 Burnhamthorpe Road West, bureau 1000
Mississauga ON L5B 4A5

Pour toute question concernant la présentation de votre demande de règlement, veuillez appeler au 1-800-363-7377 ou envoyer un courriel à contact@kff.ca

Déclaration du demandeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

Instructions

- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Vous devez remplir toutes les sections de la Déclaration du demandeur.
- Veuillez signer et dater l'autorisation du demandeur.

1 Renseignements sur le demandeur

Prénom		Nom de famille			
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _ - - - -	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone _ _ - - - -	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile	Adresse électronique
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou unité	
Ville		Province		Code postal	

2 Précisions sur l'invalidité

1. a) À votre connaissance, quelle est la nature de votre maladie?

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

c) Expliquez en quoi votre état de santé vous empêche de travailler ou d'exercer les tâches inhérentes à votre profession.

d) À quelle date avez-vous constaté les premiers symptômes reliés à votre maladie ou à votre blessure?

Date (jj-mm-aaaa)
_ _ - - - -

e) À quelle date avez-vous consulté pour la première fois un médecin pour votre maladie ou votre blessure actuelle?

Date (jj-mm-aaaa)
_ _ - - - -

2. a) Si c'est un accident qui a causé votre invalidité, où est-il survenu?

- À la maison Au travail Ailleurs (précisez) _____

Date de l'accident

Date (jj-mm-aaaa)
_ _ - - - -

b) Comment l'accident est-il survenu?

S'il s'agit d'un accident de la route, étiez-vous au volant? Oui Non

Dans l'affirmative, joignez, si possible, une copie du rapport de police.

Date (jj-mm-aaaa)
_ _ - - - -

3. Depuis quand êtes-vous incapable, totalement et de façon continue, d'exercer votre profession habituelle?

2 Précisions sur l'invalidité (suite)

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

b) Décrivez vos activités quotidiennes.

c) Avez-vous exercé quelque emploi rétribué que ce soit depuis le début de votre invalidité? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Date (jj-mm-aaaa)

— —

d) Quand comptez-vous pouvoir retourner effectivement au travail à temps plein ou à temps partiel?

5. a) Nom et adresse de tous les médecins qui vous ont soigné pour votre maladie ou votre blessure actuelle.

b) Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins qui vous ont soigné au cours des trois dernières années, ainsi que les précisions demandées.

Nature de la maladie ou de la blessure	Dates des visites et des soins (jj-mm-aaaa)	Traitement prescrit (médicaments, diète, etc.)	Nom et adresse des médecins
	— —		
	— —		
	— —		

6. Avez-vous été hospitalisé pour cette invalidité? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer les interventions chirurgicales que vous avez subies.

Type d'intervention chirurgicale	Date de l'intervention (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital	Nom du chirurgien
	— —		
	— —		

7. Veuillez inscrire les numéros de tous les autres contrats d'assurance collective et individuelle aux termes desquels vous êtes assuré auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

3 Autorisation du demandeur

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut enquêter sur la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services (i) à recueillir, à utiliser des renseignements à mon sujet (à l'exclusion des renseignements médicaux) et à les communiquer à Première fondation du savoir aux fins de la gestion administrative de ma demande de règlement, et (ii) à recueillir, à utiliser les renseignements à mon sujet (y compris des renseignements médicaux) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou à l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent contrat collectif et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents se rapportant à la présente 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. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du demandeur

X

Date (jj-mm-aaaa)

— —

4 Protection des renseignements personnels

Nous sommes responsables de tous les renseignements personnels que nous possédons, y compris ceux qui ont été communiqués à un mandataire ou à un tiers fournisseur de services pour nous permettre de fournir au participant un produit ou un service. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Tous ces intervenants, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à nos principes directeurs et pratiques en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Études, formation et expérience

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter la confidentialité des renseignements concernant la présente demande de règlement.

Instructions

- Les renseignements suivants sont importants pour l'évaluation et la gestion administrative de votre demande de règlement.
- Veuillez remplir le présent formulaire en entier. (Au besoin, joindre une feuille distincte).

1 Renseignements sur le demandeur

Prénom		Nom de famille			
Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone - -	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile	Adresse électronique
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou unité
Ville			Province		Code postal

2 Études

Indiquer le niveau de classe le plus élevé d'éducation complétée :

- 6 ou moins 7 8 9 10 11 12

Nom de l'école de formation professionnelle ou technique		Diplôme obtenu	
Nom du collège ou de l'université fréquenté			Nombre d'années d'études accomplies
Diplôme obtenu		Discipline principale	
Langue :: a) Anglais <input type="checkbox"/> écrit <input type="checkbox"/> parlé b) Français <input type="checkbox"/> écrit <input type="checkbox"/> parlé c) Autre _____ <input type="checkbox"/> écrit <input type="checkbox"/> parlé			

3 Formation

Autres cours de nature technique ou administrative suivis

--

Stages suivis

--

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

--

3 Formation (suite)

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

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

Avez-vous un permis de conduire en règle? Non Oui

Si *oui*, s'agit-il d'un permis de conduire ordinaire? d'un autre type de permis (préciser) _____

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

Si *oui*, veuillez donner des précisions :

4 Expérience

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

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

Date (mm-aaaa)	Au (mm-aaaa)	Employeur	Titre du poste et responsabilités
—	—		
—	—		
—	—		
—	—		
—	—		

Compétences liées au poste : Quelles compétences avez-vous acquises dans votre poste actuel et les postes que vous avez occupés précédemment? (ex. : la dactylographie, l'informatique, la manipulation d'appareils, les fonctions de supervision, etc.) Indiquez le niveau de compétence, le cas échéant.

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

4 Expérience (suite)

Passe-temps

5 Autorisation du demandeur

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut enquêter sur la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services i) à recueillir, à utiliser des renseignements à mon sujet (à l'exclusion des renseignements médicaux) et à les communiquer à La Première financière du savoir aux fins de la gestion administrative de ma demande de règlement, et ii) à recueillir, à utiliser les renseignements à mon sujet (y compris des renseignements médicaux) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou à l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent contrat collectif et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents se rapportant à la présente 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. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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

6 Protection des renseignements personnels

Nous sommes responsables de tous les renseignements personnels que nous possédons, y compris ceux qui ont été communiqués à un mandataire ou à un tiers fournisseur de services pour nous permettre de fournir au participant un produit ou un service. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Tous ces intervenants, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à nos principes directeurs et pratiques en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Déclaration du médecin traitant

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

Instructions

- Les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à la charge du patient.
- L'objet de la déclaration est de nous aider à établir le degré d'invalidité de la personne. À cette fin, veuillez nous donner suffisamment de précisions sur l'histoire de la maladie, vos observations, votre diagnostic, l'évolution clinique, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

1 Renseignements sur le patient

Prénom		Nom de famille			
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone _ _	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile	Adresse électronique
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou unité	
Ville			Province	Code postal	

2 Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, ses fournisseurs de services et ses réassureurs aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du demandeur X	Date (jj-mm-aaaa) _ _
-----------------------------	--------------------------

3 Renseignements médicaux

1. Historique

- a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident :
- b) Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité :
- c) Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue? Oui Non Dans l'affirmative, date et description.

Date (jj-mm-aaaa) _ _	Précisions
--------------------------	------------

- d)) S'il en est atteint depuis longtemps, son état s'est-il :
 amélioré maintenu légèrement aggravé considérablement aggravé
- e) L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle? Oui Non Ne sais pas
- f) L'affection est-elle reliée directement ou indirectement à la grossesse? Oui Non

- Date (jj-mm-aaaa)
_ _
- Dans l'affirmative, date de l'hospitalisation.
- g) Le patient reçoit-il ou faute de traitement pour la consommation d'alcool ou des drogues? Oui Non
- h) L'affection est-elle attribuable à une blessure que l'assuré s'est infligée ou à une tentative de suicide? Oui Non
- i) L'affection est-elle attribuable à une intervention chirurgicale ou à un traitement non essentiels qui sont effectués à des fins esthétiques ou à titre expérimental? Oui Non

3 Renseignements médicaux (suite)

2. Diagnostic (y compris toutes complications)

a) Diagnostic principal

Diagnostic secondaire

b) Symptômes subjectifs

c) Résultats d'examens (ex. : radiographies, ECG, examens de laboratoire et observations cliniques)

3. Date du traitement

a) Date de la première visite

b) Date de la dernière visite

c) Fréquence des visites : Hebdomadaires Mensuelles Autre (précisez) : _____

4. Nature du traitement (y compris toute intervention chirurgicale et prescription de médicaments ainsi que tout traitement)

5. Évolution de l'état du patient

- a) État du patient Rétablissement complet Pas de changement Amélioration Aggravation
- b) Est-il sur pied alité retenu à la maison hospitalisé
- c) Si le patient a été hospitalisé, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital.

Nom de l'hôpital	Adresse de l'hôpital
------------------	----------------------

Hospitalisé du au

6. État cardiaque (s'il y a lieu)

- a) Capacité fonctionnelle (*American Heart Association*)
- Catégorie 1 (aucune restriction) Catégorie 2 (légère restriction)
- Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

b) Tension artérielle (dernière visite)

Systolique	Diastolique

7. Incapacité physique

- Catégorie 1 – Aucune restriction; apte à toute activité physique (de 0 à 10 %)
- Catégorie 2 – Légère restriction; travail manuel léger (de 15 à 30 %)
- Catégorie 3 – Restriction modérée; travail de bureau ou administratif (sédentaire) (de 35 à 55 %)
- Catégorie 4 – Restriction marquée (de 60 à 70 %)
- Catégorie 5 – Restriction très marquée; aucune forme de travail (même sédentaire) (de 75 à 100 %)

3 Renseignements médicaux (suite)

7. Observations :

a) Expliquez en quoi l'incapacité physique du patient l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.

b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées? Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

8. Incapacité mentale ou nerveuse (le cas échéant)

Veillez utiliser la terminologie de la 4^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), en donnant une évaluation multiaxiale et une évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Axe 1 (Primaire)	
Axe 2	
Axe 3	
Axe 4	
Axe 5 – EGF : Note actuelle	Note la plus faible de l'année écoulée

En ce qui touche l'EGF, indiquez à partir de quel niveau le patient serait apte à retourner au travail à plein temps. _____

Observations :

a) Expliquez en quoi les restrictions sur le plan psychologique auxquelles le patient est assujéti empêchent celui-ci d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.

b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées? Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

9. Pronostic

a) Le patient est-il maintenant totalement incapable d'exercer :

sa profession

Oui Non

Date (jj-mm-aaaa)

un autre travail

Oui Non

Date (jj-mm-aaaa)

b) Dans la négative, depuis quand le patient est-il en mesure d'exercer :

Date (jj-mm-aaaa)

Date (jj-mm-aaaa)

c) Dans l'affirmative, quand le patient sera-t-il suffisamment rétabli pour pouvoir exercer :

Date indéterminée Jamais

Date indéterminée Jamais

3 Renseignements médicaux (suite)

d) Veuillez fournir les dates des consultations que le patient a effectuées au cours des trois dernières années auprès de vous ou de tout autre médecin pour l'affection dont il est question ici ou toute autre affection.

Dates (mm-aaaa)	Antécédents (examens physiques)	Diagnostic	Traitement
—			
—			

e) Pour accélérer l'examen de la demande de règlement invalidité qui nous a été présentée par le patient, veuillez nous fournir des copies de tous les résultats de tests, notes de consultation, rapports de spécialistes et dossiers d'hospitalisation.

f) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin ayant traité ce patient au cours des trois dernières années.

Nom	Spécialité	Adresse	No de téléphone, no de télécopieur
			— —
			— —

4 Signature du médecin traitant

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

Prénom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Nom de famille	Spécialité	
Adresse (numéro et rue)		Bureau ou unité	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone — —	Numéro de télécopieur — —		
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa) — —	