

Programme de maintien du salaire

Trousse du participant

Comment utiliser cette trousse :

À EXAMINER	<ul style="list-style-type: none">• Les liens ci-dessous vous permettront d'accéder au Guide du participant, à la Déclaration du participant et à la Déclaration du médecin traitant incluses dans la présente trousse. Le lien «Retour à la page de directives» qui se trouve dans chaque document vous ramènera à la présente page.• Lisez l'autorisation qui figure dans la Déclaration du participant et à la section 1 de la Déclaration du médecin traitant.
À REMPLIR	<ul style="list-style-type: none">• Vous avez la possibilité d'enregistrer l'information que vous entrez dans les formulaires que contient la présente trousse.• Remplissez la Déclaration du participant au complet.• Remplissez la section 1 (Renseignements sur le participant) de la Déclaration du médecin traitant.
À IMPRIMER	<ul style="list-style-type: none">• Imprimez la Déclaration du participant remplie (pages 2 à 5) et signez l'autorisation.• Imprimez la Déclaration du médecin traitant (pages 6 et 7), dont la section 1 a été remplie, signez l'autorisation et demandez à votre médecin ou spécialiste de remplir le formulaire au complet.
À ENVOYER	<ul style="list-style-type: none">• Envoyez, par télécopieur, au numéro figurant sur les formulaires, les formulaires ainsi que tout autre renseignement à l'appui de votre absence que vous désirez présenter au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life qui gère vos absences. Vous n'avez pas à envoyer par la poste les documents que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver les originaux dans vos dossiers.• Vous pouvez aussi envoyer les documents, par la poste, au bureau approprié.• Si vous ne savez pas à quel bureau envoyer les documents, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

▶ Guide du participant – Services de maintien du salaire

▶ Déclaration du participant

▶ Déclaration du médecin traitant



SERVICES DE MAINTIEN DU SALAIRE

Guide du participant

Tout ce que vous devez savoir avant de déclarer votre absence

Bienvenue

Votre employeur nous a demandé de vous guider dans la marche à suivre pour déclarer votre absence, présenter une demande de maintien du salaire et planifier votre retour au travail. Chaque situation étant unique, nous traitons les dossiers d'absence individuellement et nous vous aiderons par tous les moyens à notre disposition. Bien que votre médecin, votre employeur et la Financière Sun Life soient là pour vous soutenir, la personne qui assumera le premier rôle dans vos démarches, c'est vous!

La Financière Sun Life et votre employeur veulent vous aider à recouvrer la santé et à revenir au travail le plus vite possible. Vous vous posez sans doute une foule de questions. Vous trouverez bon nombre de réponses dans le présent guide et le gestionnaire de dossiers – capacités avec lequel vous ferez affaire sera heureux de répondre à toute autre question tout au long du processus.

Pour signaler votre absence et pour présenter une demande de maintien du salaire pendant que vous êtes absent du travail, vous (ou votre employeur) devrez nous faire parvenir les formulaires suivants dûment remplis ::

- la **Déclaration du promoteur du régime des services de maintien du salaire**, que votre employeur doit remplir et nous envoyer par télécopieur;
- la **Déclaration du participant des services de maintien du salaire** (ci-jointe), que vous devez remplir et nous envoyer par télécopieur ou par la poste; vous trouverez sur le formulaire les coordonnées du bureau de la Financière Sun Life le plus près de votre domicile.
- la **Déclaration du médecin traitant** (ci-jointe), que vous devez remettre à votre médecin en lui demandant de la remplir et de nous l'envoyer par télécopieur. **NOTE** : Les honoraires exigés par votre médecin pour remplir ce formulaire, le cas échéant, sont à votre charge.

Le programme de maintien du salaire est fourni par votre employeur et les services de gestion des dossiers sont fournis par la Financière Sun Life.

Déclaration de votre absence

1. Remplissez la Déclaration du participant et envoyez-la par télécopieur

Cette déclaration nous fournit des renseignements sur votre maladie ou blessure, sur son origine, sur vos antécédents médicaux et sur les revenus et les prestations que vous prévoyez toucher au cours de votre absence.

- Répondez bien à toutes les questions afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre absence et fournissez une description détaillée de vos tâches ainsi qu'un résumé de vos expériences de travail antérieures et de votre formation (ou votre curriculum vitae). (Si l'espace prévu sur le formulaire est insuffisant, vous pouvez joindre des feuilles supplémentaires.)
- Vérifiez que les dates fournies (date depuis laquelle vous êtes incapable de travailler, date de l'accident, etc.) sont exactes, car elles sont déterminantes pour notre évaluation.
- Veuillez lire et **signer la section Déclaration et autorisation**, qui nous permet d'échanger des renseignements avec votre médecin et tout autre professionnel de la santé qui vous fournit des soins. C'est ainsi que nous pourrions indiquer à votre employeur si votre absence ouvre droit au maintien de votre salaire. En outre, veuillez signer la section 1 de la Déclaration du médecin traitant avant de remettre ce formulaire à votre médecin, qui doit le remplir.
- Veuillez signer la section 1 de la Déclaration du médecin traitant avant de la remettre à votre médecin, qui doit la remplir.
- Faites-nous parvenir par télécopieur votre Déclaration du participant dûment remplie dans le délai prévu par les principes directeurs et marches à suivre du promoteur de votre régime en matière d'absences. Si vous n'êtes pas certain du délai dont vous disposez, consultez votre gestionnaire.

2. Demandez à votre médecin de remplir la Déclaration du médecin traitant

Cette déclaration nous fournit des renseignements médicaux précis sur votre maladie ou blessure et sur le déroulement prévu de votre rétablissement.

- La déclaration de votre médecin doit établir un diagnostic et un pronostic relativement à votre maladie ou blessure. (Le formulaire peut être rempli, par exemple, par votre médecin de famille, par un médecin pratiquant dans un centre de consultation sans rendez-vous ou par un spécialiste, c'est-à-dire tout professionnel de la santé qui a la qualité de docteur en médecine et qui vous a traité pour votre maladie ou blessure.)

- Si votre médecin vous fait passer des tests, il doit inscrire tous les résultats sur la déclaration ou les joindre à celle-ci.
- Si votre absence découle d'un **problème de santé mentale**, prenez soin de demander à votre médecin de joindre à sa déclaration des copies de toutes les notes de consultation et notes cliniques. (Nous devons souvent faire un suivi en vue d'obtenir ces documents, ce qui peut retarder l'évaluation de votre absence.)
- Faites un suivi auprès de votre médecin et de votre employeur pour vous assurer qu'ils ont rempli et signé leur déclaration et qu'ils nous l'ont transmise par télécopieur. Nous ne pouvons procéder à l'évaluation de votre absence tant que nous n'avons pas reçu les trois formulaires (le vôtre, celui de votre employeur et celui de votre médecin).

NOTE : Vous ne devez pas modifier ni inscrire quoi que ce soit sur la Déclaration du médecin traitant. Toute modification qui y est apportée doit être paraphée par votre médecin.

Vérifiez que votre Déclaration du participant et la Déclaration du médecin traitant indiquent clairement votre numéro de contrat collectif et votre numéro de participant avant que ces documents nous soient envoyés par la poste ou par télécopieur. Si vous n'êtes pas certain de ces numéros, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime. Il sera en mesure de vous les fournir.

Maintien du salaire

Un gestionnaire de dossiers – capacités s'occupera de votre dossier aussitôt que nous recevrons la Déclaration du participant et la Déclaration du promoteur du régime. Il examinera les renseignements qui nous auront été fournis à l'appui de votre absence (renseignements médicaux et autres sur votre capacité à fonctionner au travail et à accomplir les activités de la vie quotidienne, sur les exigences de votre poste, sur votre milieu de travail, etc.). Nous pourrions avoir besoin de vous appeler ou de vous rencontrer, vous, votre médecin ou votre employeur, pour obtenir des renseignements supplémentaires ou manquants. Une fois l'évaluation terminée (généralement dans les 5 jours ouvrables environ suivant la réception de tous les renseignements requis), le gestionnaire de dossiers – capacités vous informera par écrit, vous et votre employeur, de ses conclusions, soit que :

- votre absence est justifiée du point de vue médical, selon les renseignements fournis;
- votre absence n'est pas justifiée du point de vue médical, selon les renseignements fournis;
- ou les renseignements fournis ne sont pas suffisants pour évaluer si votre absence est justifiée du point de vue médical, auquel cas nous vous demanderons de fournir des renseignements additionnels.

Prochaines étapes

Si votre absence est justifiée du point de vue médical durant la période de maintien du salaire, nous poursuivrons le suivi de votre état de santé pendant que vous serez absent du travail. De temps à autre, nous vous demanderons d'obtenir de nouveaux renseignements médicaux auprès de votre médecin (l'intervalle dépendra de votre maladie ou blessure, du plan de traitement, des progrès réalisés, etc.). Et on s'attendra à ce que vous suiviez les traitements recommandés par votre médecin et le programme de retour au travail que nous vous proposerons, le cas échéant.

Traitement confidentiel des renseignements vous concernant

Nous traitons les renseignements que vous nous fournissez comme de l'information confidentielle. Nous recueillons, utilisons et communiquons les renseignements vous concernant uniquement aux fins indiquées dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée, ou de la manière prescrite par les lois pertinentes.

Votre employeur ne sera informé que des restrictions qui touchent votre capacité à accomplir votre travail (tel qu'il est indiqué dans l'autorisation de la Déclaration du participant, que vous avez signée).

FAQ

Nous souhaitons que vous soyez à l'aise avec le processus de déclaration des absences des services de maintien du salaire. La présente Foire aux questions vous aidera à mieux comprendre ce processus, depuis la déclaration de l'absence jusqu'à votre rétablissement et à votre retour au travail.

Que signifient «promoteur de régime» et «participant»?

Le terme «promoteur de régime» est un autre terme utilisé pour désigner votre employeur ou le titulaire du contrat lié à votre régime de soins de santé. Le terme «participant» désigne l'employé.

Quels sont mes numéros de contrat, de division et de participant?

Dans la Déclaration du participant, on vous demande vos numéros de contrat, de participant et de division/d'unité de facturation. Les numéros de contrat et de division sont spécifiques à la couverture choisie par votre employeur/le promoteur de votre régime à la Financière Sun Life. Le numéro de participant sert à vous identifier. Ces numéros figurent sur votre carte-couverture et ils devraient être ajoutés sur vos formulaires par le promoteur de votre régime. En cas de doute, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

Pourquoi mon médecin doit-il indiquer tous les renseignements demandés dans le formulaire?

Pour accélérer le traitement de votre dossier d'absence, il importe que nous disposions de tous les renseignements demandés. Si votre médecin n'indique qu'une partie des renseignements demandés ou s'il ne fournit qu'une note écrite sur une feuille de son ordonnancier, nous ne disposerons probablement pas de toute l'information nécessaire pour évaluer votre demande de prestations ou de maintien des prestations, ce qui pourrait retarder la prise de décision concernant votre absence.

La Financière Sun Life peut-elle mettre fin aux paiements de maintien du salaire?

La Financière Sun Life ne peut pas mettre directement fin aux paiements de maintien du salaire que vous recevez, mais elle indiquera à votre employeur si votre absence est justifiée du point de vue médical. Si les renseignements que nous recevons de votre part ou de la part du promoteur de votre régime ou de votre médecin ne montrent pas que vous êtes incapable d'exercer les tâches essentielles de votre profession, ou si vous ne fournissez pas de renseignements médicaux à l'appui de votre absence, nous pourrions indiquer à votre employeur que votre demande de maintien du salaire n'est pas justifiée.

La Financière Sun Life peut-elle m'indiquer quel traitement je dois suivre en cas de maladie ou de blessure?

Non. La Financière Sun Life ne peut pas vous indiquer quel traitement vous devriez recevoir, mais elle passera en revue le plan de traitement de votre médecin et le comparera avec les pratiques médicales généralement reconnues pour le traitement d'une affection comme la vôtre. Le gestionnaire de dossiers – capacités collaborera avec votre médecin et/ou avec nos partenaires de la santé pour s'assurer que vous recevez le traitement approprié. Dans certains cas, nous pourrions vous demander de subir un examen par un médecin indépendant afin d'obtenir des renseignements supplémentaires. Le cas échéant, l'examen sera effectué par un médecin membre de notre réseau national de professionnels de la santé. Nous fixerons le rendez-vous et vous en informerons à l'avance. (Nous fournirons une copie des résultats de l'examen à votre médecin traitant.)

La Financière Sun Life échange-t-elle avec mon employeur des renseignements médicaux à mon sujet?

Non. Tous les renseignements médicaux que reçoit la Financière Sun Life (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements) concernant votre santé sont strictement confidentiels et ne seront jamais communiqués à qui que ce soit à votre travail, à moins que ce ne soit expressément précisé dans l'autorisation de la Déclaration du participant que vous avez signée.

Nous ne communiquons pas à votre gestionnaire ni à votre service des ressources humaines de renseignements médicaux (renseignements sur les médicaments, les diagnostics et les traitements).

Dans certains cas cependant, par exemple, lorsqu'un examen par un médecin indépendant est exigé, votre employeur peut demander des renseignements médicaux à jour sur votre état de santé afin qu'il puisse continuer à vous apporter son soutien pendant votre absence en élaborant un plan de gestion du dossier. Le cas échéant, nous ne communiquerons aucun renseignement concernant le diagnostic établi, les médicaments que vous prenez ou le traitement que vous suivez sans avoir obtenu votre consentement écrit.

Pendant combien de temps mon salaire sera-t-il maintenu?

Votre salaire sera maintenu jusqu'à ce que vous retourniez au travail ou que vous soyez prêt à retourner au travail (ex. : que vous ayez suivi une formation pour exercer une autre profession), que vous soyez capable du point de vue médical de retourner au travail ou que vous ayez atteint la fin du délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée (moment où vous pourrez commencer à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée et où la période de maintien du salaire prendra fin).

Puis-je être forcé de retourner au travail si mon médecin affirme que je peux accomplir des travaux légers?

Si votre médecin approuve votre retour au travail à la condition que vous accomplissiez des travaux légers et que votre employeur peut vous offrir un travail approprié, vous pourriez être tenu de retourner au travail et d'exercer ce poste.

Qu'arrive-t-il si je reprends le travail moyennant certaines restrictions?

Le conseiller en gestion de la santé de la Financière Sun Life et votre employeur élaboreront avec vous un plan de retour au travail qui tient compte de vos restrictions. Votre plan de retour au travail pourrait comprendre, par exemple, un retour progressif au travail ainsi qu'une modification des tâches ou l'exercice de fonctions à temps partiel pour vous aider à vous adapter. Le gestionnaire de dossiers – capacités qui s'occupe de vous communiquera avec votre médecin pour obtenir son accord avant la mise en oeuvre du plan.

La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

PDF5337-F 11-12 jb-rn

Une fois que vous avez repris le travail à temps plein sans restriction, la Financière Sun Life n'intervient généralement plus dans le dossier.

Qu'arrive-t-il si je n'ai toujours pas repris le travail à l'expiration de la période de maintien du salaire?

Si vous êtes toujours incapable de retourner au travail à l'approche de l'expiration de la période de maintien du salaire, nous communiquerons avec vous pour amorcer le processus de demande de prestations d'invalidité de longue durée. Il est préférable d'amorcer le processus environ huit semaines avant l'expiration de la période de maintien du salaire. Nous vous fournirons des directives au moment opportun.

Qu'arrive-t-il si je veux retourner au travail?

Le gestionnaire de dossiers – capacités collaborera avec vous pour faire savoir à votre employeur que vous êtes prêt à retourner au travail. Votre employeur mettra alors votre dossier à jour et en informera votre gestionnaire.

NOTE : Si dans les 14 jours civils suivant votre retour au travail, vous vous absentez de nouveau pour les mêmes raisons ou pour des raisons liées, cette deuxième absence sera considérée comme la continuation de l'absence initiale et vous n'aurez pas à satisfaire à un autre «délai de carence» avant d'avoir droit au maintien de votre salaire. Cela aura aussi une incidence sur la période qui devra s'écouler avant que vous ne puissiez avoir droit à des prestations d'invalidité de longue durée, advenant le cas où vous ne retourneriez pas au travail.

Déclaration du participant

Services de maintien du salaire

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

1 Renseignements sur le participant

Pour éviter tout retard dans l'évaluation de votre absence, nous avons également besoin de la Déclaration du promoteur du régime et de la Déclaration du médecin traitant. **Les frais engagés pour l'obtention des renseignements fournis pour justifier l'absence sont à votre charge.**

Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Profession	Titre du poste		
Numéro de téléphone (domicile)	Autre numéro de téléphone		
Quelle était votre province de résidence quand votre couverture au titre de ce régime a pris effet?	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

Si vous souhaitez que la Financière Sun Life vous envoie des courriels, veuillez fournir votre adresse électronique ci-dessous. En nous donnant votre adresse électronique, vous consentez à ce que la Financière Sun Life communique avec vous à cette adresse et vous reconnaissez que la sécurité des courriers électroniques ne peut être garantie.

Adresse électronique

2 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de participant	Nom de l'entreprise	
Personne-ressource		Adresse électronique de la personne-ressource	Numéro de téléphone de la personne-ressource

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure

Vous devez informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, si :

- votre état de santé s'améliore et que vous pouvez travailler
- vous recommencez à travailler à titre de salarié ou comme travailleur autonome.

1. Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et expliquer comment elle est survenue.

--

2. Date d'apparition des premiers symptômes?

Date (jj-mm-aaaa)

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure identique ou similaire? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates.

4. Votre état est-il lié à une grossesse? Non Oui

Date (jj-mm-aaaa)

Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement.

Veuillez décrire les complications, le cas échéant.

Date (jj-mm-aaaa)

5. Depuis quand cette maladie ou blessure vous empêche-t-elle de travailler?

6. Veuillez indiquer les tâches liées à votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer.

7. Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

8. Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à cette maladie ou blessure.

Médecin	Adresse	Date de la visite (jj-mm-aaaa)

Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examens. Si vous avez passé un test génétique, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils sont inutiles dans l'évaluation de l'invalidité.

3 Renseignements sur votre maladie ou blessure (suite)

9. Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi? Temps plein
 Temps partiel
10. Avez-vous déjà tenté de retourner au travail? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions qui suivent.
- Votre retour au travail a duré combien de temps? Du au
- Avez-vous repris : votre emploi un nouvel emploi ou des tâches modifiées
- Avez-vous travaillé : à temps plein à temps partiel

4 Invalidité attribuable à un accident

1. Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?
- Non Dans la négative, passez à la section suivante «Déclaration et autorisation».
- Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, l'heure et le lieu de l'accident.

Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu

2. L'accident est-il survenu pendant que vous exerchez vos fonctions pour l'employeur? Oui Non Veuillez décrire la façon dont la maladie ou la blessure s'est manifestée.

Votre maladie ou blessure résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie du rapport de l'accident à la présente déclaration.

Nom de l'expert en sinistres		
Assureur automobile	Numéro de contrat	Numéro de téléphone

5 Déclaration et autorisation

Vous devez également remplir et signer la section sur l'autorisation du participant dans la Déclaration du médecin traitant.

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 («la Sun Life») peut enquêter sur mon/mes absence(s) du travail. J'autorise la Sun Life à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements nécessaires à la gestion administrative et à l'évaluation de mon/mes absence(s) du travail dans le cadre du programme de maintien du salaire et de congés de maladie du promoteur du régime (le «programme») à toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents relativement à mon/mes absence(s) du travail, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et, au besoin, le promoteur de mon régime. Je conviens que la Sun Life et le promoteur du régime peuvent échanger de l'information financière se rapportant à mon/mes absence(s) du travail aux fins de la gestion du programme. Je reconnais que les renseignements à mon sujet qui ont trait à mon/mes absences du travail pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

J'autorise la Sun Life à recueillir auprès du promoteur du régime des renseignements contenus dans ses dossiers (y compris tout renseignement relatif au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends) ayant trait à mon/mes absence(s), à en discuter avec lui et à les utiliser aux fins indiquées dans le paragraphe ci-dessus.

J'autorise également la Sun Life et le promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à se communiquer toute information supplémentaire à mon sujet ayant trait à mon/mes absence(s) du travail qui ne figure pas dans les dossiers du promoteur du régime, à l'exclusion des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, aux fins indiquées ci-dessus ainsi qu'à des fins de planification et de gestion de mon programme de réadaptation et de retour au travail.

J'autorise également la Sun Life et les conseillers médicaux du promoteur du régime à recueillir, à utiliser et à se communiquer toute information supplémentaire à mon sujet ayant trait à mon/mes absence(s) du travail qui ne figure pas dans les dossiers du promoteur du régime, y compris des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, aux fins indiquées ci-dessus ainsi qu'à des fins de planification et de gestion de mon programme de réadaptation et de retour au travail.

Enfin, j'autorise la Sun Life, le promoteur du régime et leurs conseillers médicaux à recueillir, à utiliser et à se communiquer des renseignements à mon sujet qui ont trait à mon/mes absence(s) du travail, y compris des précisions relatives au diagnostic, au traitement ou aux médicaments que je prends, en vue de faciliter le règlement de tout litige ou de toute poursuite judiciaire (menace de poursuite ou poursuite réelle) concernant mon/mes absence(s) du travail que je pourrais engager contre le promoteur du régime.

Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la durée de mon/mes absence(s) du travail ou du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant mon/mes absence(s) du travail, mais que, aux fins de vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Toute référence à la Sun Life ou au promoteur du régime comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs. Toute référence à des conseillers médicaux comprend les conseillers en santé au travail.

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)		Prénom (en caractères d'imprimerie)	
Signature X		Date (jj-mm-aaaa)	

Veillez informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et le promoteur du régime de la date prévue de votre retour au travail.

6 Comment soumettre vos formulaires complétés

Il existe plusieurs façons de nous acheminer les formulaires de demande de règlement dûment remplis ou tout autre document que vous aimeriez nous présenter en appui à votre demande. Vous pouvez conserver les documents originaux pour vos dossiers, sauf si vous utilisez la poste.



Si vous avez accès à l'appli mobile de la Financière Sun Life dans le cadre de votre régime, vous pouvez acheminer les formulaires dûment remplis à l'aide de la fonction «Envoyer des documents».



Vous pouvez aussi envoyer les formulaires de demande de règlement invalidité directement à la Financière Sun Life par courriel. Dans ce cas, envoyez les formulaires dûment remplis à l'adresse reglementinvalidite@sunlife.com. Veuillez noter qu'en dépit des moyens raisonnables que la Financière Sun Life prend pour protéger la confidentialité des courriels qu'elle envoie et qu'elle reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.



Vous pouvez envoyer les formulaires dûment remplis par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée. Si vous ne savez pas à quel bureau vous devez faire parvenir ces renseignements, veuillez vous adresser au gestionnaire de votre régime.

Halifax :

Télec. : 1-866-639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

Kitchener - Waterloo :

Télec. : 1-866-209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

Montréal :

Télec. : 1-866-639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

Edmonton :

Télec. : 1-866-639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

Toronto :

Télec. : 1-866-639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

Vancouver :

Télec. : 1-866-639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

7 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Déclaration du médecin traitant Services de maintien du salaire

Objet de la Déclaration

La présente déclaration aidera la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à procéder à l'évaluation de l'absence du travail de votre patient.

Adresse de retour

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Edmonton :	Toronto :	Halifax :	Montréal :	Kitchener - Waterloo :	Vancouver :
Télec. : 1-866-639-7820	Télec. : 1-866-639-7851	Télec. : 1-866-639-7850	Télec. : 1-866-639-7846	Télec. : 1-866-209-7215	Télec. : 1-866-639-7829
CP 2733 Succ Main	CP 950 Succ A	CP 11480 Succ CV	CP 11037 Succ CV	CP 100 Succ C	CP 48810 Succ Bentall
Edmonton AB T5J 5C9	Toronto ON M5W 1G5	Montréal QC H3C 5P5	Montréal QC H3C 4W8	Kitchener ON N2G 3W9	Vancouver BC V7X 1A6

1 Renseignements sur le participant et autorisation – À remplir par le patient

Nom de famille		Prénom		Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)						Appartement ou bureau	
Ville				Province		Code postal	
Nom du promoteur de régime				Numéro de contrat		Numéro de participant	
Taille	Poids	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)			

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser les renseignements qu'il possède à mon sujet et à les échanger avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services aux fins de la gestion administrative et de l'évaluation de mes absences du travail dans le cadre du programme de maintien du salaire (le «programme») et de congés de maladie de mon employeur. Je reconnais que la présente autorisation restera en vigueur pendant toute la durée de mon ou mes absences du travail ou du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant mon ou mes absences du travail, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

2 Déclaration du médecin traitant

Au médecin – Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir le formulaire jusqu'à la fin de la Section 2 uniquement ET APOSER VOTRE SIGNATURE À LA SECTION ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT, À LA DERNIÈRE PAGE DU FORMULAIRE. Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les sections du formulaire au complet.

Diagnostic

Principal :

Secondaire :

S'il s'agit d'un accouchement : date prévue ou réelle de l'accouchement (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Voie vaginale
	<input type="checkbox"/> Césarienne

Maladie ou blessure professionnelle

L'état du patient est-il attribuable à l'exercice de ses fonctions? Oui Non

2 Déclaration du médecin traitant (suite)

Dates se rapportant à l'absence du travail

Date de la première consultation au cours de la période d'absence actuelle (jj-mm-aaaa) _____

Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa) _____

Hospitalisation

Votre patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Date de l'admission (jj-mm-aaaa) _____

A-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? Oui Non Date du congé (jj-mm-aaaa) _____

Nom de l'établissement : _____

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj-mm-aaaa) _____ Description _____ Type d'anesthésie _____

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)

Pronostic — Veuillez indiquer le pronostic du rétablissement

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Antécédents — Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la ou les dates (jj-mm-aaaa) _____

Consultations — Fréquence des visites Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

Symptômes — Décrivez les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Examens complémentaires — Veuillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- Résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué).
- Comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle les résultats sont attendus (jj-mm-aaaa) _____

Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, veuillez indiquer si votre patient a été vu par un spécialiste pour cette affection ou s'il le sera.

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation (jj-mm-aaaa) _____

Restrictions et limitations — À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

Complications et autres affections — Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement.

Fidélité au traitement — À votre connaissance, le patient suit-il le traitement recommandé? Oui Non

Capacité — D'après vous, votre patient est-il en mesure de gérer ses propres affaires? Oui Non

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines (suite)**Pronostic** – Veuillez indiquer le pronostic du rétablissement (s'il n'est pas déjà indiqué à la page 1)**4 Attestation du médecin traitant**

J'atteste que les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier sur les prestations d'invalidité groupe auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et qu'ils peuvent être divulgués au patient et/ou aux personnes à qui le patient autorise une telle divulgation, à moins que je ne vous indique par écrit qu'une telle divulgation pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient ou pourrait nuire à un tiers.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Timbre du médecin
Spécialiste				
Adresse (numéro et rue)				
Ville		Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X			Date (jj-mm-aaaa)	

NOTA : Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.