

La déclaration de l'employé et la déclaration de l'employeur doivent être remplies, puis envoyées à la Canada Vie au moins huit semaines avant la fin de la période d'attente. Les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et les lois applicables permettent aux employés d'avoir accès aux renseignements personnels inscrits dans leur dossier. Sachez que l'employé peut accéder à toute l'information que vous nous fournissez dans le cadre de la présente demande de règlement.

**Assurez-vous d'avoir dûment rempli toutes les sections du présent formulaire afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de la demande de règlement.**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de la Canada Vie : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'employé

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province / territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du domicile : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'emploi

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Date d'embauche (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Rémunération brute avant l'invalidité : \_\_\_\_\_

Horaire  Hebdomadaire  À la quinzaine  Bimensuelle  Mensuelle  Annuelle

L'employé occupe un emploi : a)  Temps plein  Temps partiel

b)  Permanent  Temporaire  Saisonnier  Contractuel

c)  Horaire  Salarié  À la commission  Salarié + à la commission

Horaire + à la commission

Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Veillez répondre aux sections a), b) et c).**

Nombre d'heures habituellement prévues à l'horaire \_\_\_\_\_  Par semaine  Par deux semaines  Par mois

Les heures prévues à l'horaire varient-elles (à l'exclusion des heures supplémentaires)?  Oui  Non

L'employé est-il toujours à l'emploi de votre entreprise?  Oui  Non

Date de cessation d'emploi (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur la protection

Date à laquelle l'employé a signé son formulaire d'adhésion à la protection d'invalidité (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Date à laquelle la protection d'invalidité a été ajoutée pour cet employé (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Quel est le montant d'assurance vie de base de l'employé? \_\_\_\_\_

L'employé est-il couvert au titre de l'assurance vie facultative?  Non  Oui Montant : \_\_\_\_\_

L'employé détient-il une assurance invalidité de longue durée auprès d'un autre fournisseur d'assurance collective?  Non  Oui

**Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de la lettre d'acceptation ou de refus des prestations d'invalidité de longue durée.**

## Renseignement sur l'absence de l'employé

Date du dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Portion de la journée pendant laquelle l'employé a travaillé lors de son dernier jour de travail : \_\_\_\_\_%

Première journée d'absence de l'employé (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

## Renseignement sur l'absence de l'employé – suite

Quelle est la raison de l'absence de l'employé (veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Médicale
- Grève
- Mise à pied temporaire    Date de début : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)    Date prévue de retour au travail (si elle est connue) : \_\_\_\_\_
- Congé de maternité / parental    Date de début : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)    Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_
- Congé autorisé    Date de début : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)    Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

L'employé est-il de retour au travail?  Non  Oui    Dans l'affirmative, date du retour au travail (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Quel type de retour l'employé a-t-il effectué? (veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)

- Heures et tâches habituelles     Tâches modifiées     Heures modifiées

Précisions : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu Non, quelle est la date de retour prévue (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ OU  Inconnue

Des problèmes en milieu de travail ont-ils mené à l'absence de l'employé?  Non  Oui  Je ne sais pas

Anticipez-vous des difficultés lors du retour au travail de l'employé?  Non  Oui  Je ne sais pas

Éprouvez-vous des inquiétudes à l'égard de cette demande de prestations d'invalidité?  Non  Oui  Je ne sais pas

Êtes-vous resté en contact avec l'employé?  Non  Oui  Je ne sais pas

Avez-vous discuté de mesures d'adaptation avec l'employé?  Non  Oui  Je ne sais pas

Si vous avez répondu Oui ou Je ne sais pas à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez préciser. Un représentant de la Canada Vie pourrait communiquer avec vous pour en discuter.

---

---

---

## Déclaration

Je déclare que les renseignements que j'ai indiqués dans la présente sont exacts.    Date: \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_ Titre du poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur confidentiel : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

**Si vous soumettez le présent formulaire par télécopieur ou par courriel, le champ Signature de la personne autorisée doit être signé.  
Si vous soumettez ce formulaire en ligne, l'attestation en ligne s'appliquera.**

**PARTIE 1 – Cette partie doit être remplie par le superviseur de l'employé.**

Quel type de tâches **physiques** l'employé effectue-t-il dans le cadre de son travail habituel?

<input type="checkbox"/>	Sédentaires	S'asseoir la plupart du temps et se pencher, étendre les bras et grimper à l'occasion. L'employé doit occasionnellement soulever ou déplacer jusqu'à 10 lb / 4,5 kg. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et analyser des données financières.</li> <li>Faire passer des examens écrits et les corriger.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Légères	S'asseoir et se tenir debout / marcher. Se pencher / se baisser, étendre les bras, grimper à l'occasion. L'employé doit à l'occasion soulever ou déplacer de 10 lb / 4,5 kg à 20 lb / 9,1 kg. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer des repas.</li> <li>Classer du matériel dans des tiroirs et dans des caisses de rangement.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Moyennes	Se tenir debout / marcher et s'asseoir à l'occasion. Se pencher / se baisser, étendre les bras, grimper fréquemment. L'employé doit à l'occasion soulever ou déplacer de 20 lb / 9,1 kg à 50 lb / 22,7 kg. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer, couper et appliquer du papier peint.</li> <li>Ajuster, réparer ou remplacer des composantes mécaniques ou électriques à l'aide d'outils manuels.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Lourdes	Se tenir debout / marcher la plupart du temps. Se pencher / se baisser, étendre les bras, grimper fréquemment. L'employé doit occasionnellement soulever ou déplacer jusqu'à 100 lb / 45,4 kg. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelleter du ciment dans une bétonnière, entretenir et réparer les routes.</li> <li>Mesurer, couper et installer des cloisons sèches.</li> </ul>

Quel type de tâches **cognitives** l'employé effectue-t-il dans le cadre de son travail?

<input type="checkbox"/>	Faibles	Effectuer un travail répétitif ou nécessitant un minimum de concentration, d'organisation et de prise de décisions, travail qui exige rarement de faire plusieurs choses à la fois et qui requiert peu de communication et d'interactions sociales. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Garnir les tablettes.</li> <li>Prendre des billets, accueillir des clients.</li> <li>Faire des travaux légers ou nettoyer.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Modérées	Accomplir des tâches routinières requérant peu de concentration, d'organisation, de prise de décisions pour lesquelles la communication et les interactions sociales ont une importance relative et qui nécessitent parfois d'accomplir plusieurs tâches à la fois. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire des contrôles de la qualité à l'aide d'une liste de vérification.</li> <li>Traiter les achats des clients avec différents modes de paiement.</li> <li>Répondre au téléphone et acheminer les appels.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Modérément élevées	Faire un travail minutieux exigeant un niveau de concentration, d'organisation et de prise de décision élevé, pour lequel la communication et les interactions sociales occupent une place importante et qui nécessite d'accomplir plusieurs tâches à la fois. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et analyser des données financières.</li> <li>Manœuvrer de la machinerie lourde.</li> <li>Se rendre au domicile des clients pour réaliser des ventes / offrir des services.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Élevées	Faire un travail spécialisé, minutieux ou qui exige de faire des mouvements qui compromettent la sécurité, d'accomplir plusieurs tâches à la fois, de communiquer et qui nécessite un niveau important de concentration, d'organisation, de prise de décision. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner des patients, faire passer des tests et donner des traitements.</li> <li>Travailler dans les domaines du transport public, de la sécurité publique.</li> </ul>

Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste? \_\_\_\_\_ année(s) \_\_\_\_\_ mois

Des changements ont-ils été apportés au travail de l'employé en raison de son état de santé?  Non  Oui

Veuillez décrire ces changements et indiquer quand ils se sont produits.

---

---

---

---

---

Décrivez les tâches de transition que l'employé pourrait effectuer (tâches modifiées, mesures d'adaptation temporaires, augmentation graduelle des heures de travail) :

---

---

---

---

---

## **PARTIE 2 – Cette partie doit être remplie par le superviseur de l'employé.**

Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous avez préparé une description faisant état des exigences physiques et/ou cognitives du poste (veuillez la joindre au présent document).

Sélectionnez l'option qui décrit le mieux combien de temps / de fois l'employé effectue chaque activité au cours d'une journée de travail normale.

Activités cognitives	Constamment (de 85 à 100 %)	Fréquemment (de 65 à 84 %)	Régulièrement (de 34 à 64 %)	Occasionnellement (33 % ou moins)	Pas du tout
Souci du détail					
Plusieurs tâches à la fois					
Analyse					
Communication orale					
Lecture / écriture					
Mémoire					
Supervision d'autres personnes					

Endurance physique	Jusqu'à 4 heures sans interruption	De 2 à 4 heures sans interruption	De 1 à 2 heures sans interruption	Jusqu'à 1 heure sans interruption	Jusqu'à 20 minutes sans interruption	Pas du tout
S'asseoir						
Se tenir debout						
Marcher						
Conduire						

## PARTIE 2 – suite

Activité		Constamment (de 85 à 100 %)	Fréquemment (de 65 à 84 %)	Régulièrement (de 34 à 64 %)	Occasionnellement (33 % ou moins)	Pas du tout
Se pencher / se baisser						
S'accroupir / s'agenouiller						
Montrer des escaliers						
Manoeuvrer avec les pieds	Droite					
	Gauche					
Pousser / tirer	Droite					
	Gauche					
Étendre les bras						
Au-dessous des épaules	Droite					
	Gauche					
Au-dessous des épaules	Droite					
	Gauche					
Tâches nécessitant de la dextérité manuelle						
Effectuer des tâches sollicitant la motricité globale (saisir / empoigner)	Droite					
	Gauche					
Effectuer des tâches sollicitant la motricité fine (taper/ écrire/serrer)	Droite					
	Gauche					
Soulever / transporter jusqu'à 10 lb / 4,5 kg						
Soulever / transporter jusqu'à 20 lb / 9,1 kg						
Soulever / transporter jusqu'à 50 lb / 22,7 kg						

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire qui devrait être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la demande de règlement de l'employé.

---



---



---



---



---



---

## Déclaration

Je déclare que les renseignements que j'ai indiqués dans la présente sont exacts. Date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_ Titre du poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur confidentiel : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

**Si vous soumettez le présent formulaire par télécopieur ou par courriel, le champ Signature de la personne autorisée doit être signé.  
Si vous soumettez ce formulaire en ligne, l'attestation en ligne s'appliquera.**