Prestations d'invalidité – Déclaration de l'employeur

Les déclarations de l'employé et de l'employeur dûment remplis doivent être envoyées à la Canada Vie au moins huit semaines avant la fin de la période d'attente dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ou dans les 10 jours suivants la date de l'invalidité dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité de courte durée. 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 prestations.

Assurez-vous d'avoir dûment rempli toutes les sections du présent formulaire afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de la présente 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) : _____ Numéro d'assurance sociale : _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Province / Territoire : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone à domicile : _____ Numéro de téléphone cellulaire : _____

Questionnaire 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 : _____

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 de la protection d'invalidité de base pour l'employé : _____ par semaine _____ par mois

L'employé a-t-il une assurance complémentaire? ☐ Non ☐ Oui Montant : _____

L'employé est-il couvert par une garantie Vie de base? ☐ Non ☐ Oui Montant : _____

L'employé est-il couvert par une garantie Vie facultative? ☐ Non ☐ Oui Montant : _____

Renseignements fiscaux sur l'employé

Crédits d'impôt personnels sur le formulaire TD1 (fédéral) : _____ (provincial) : _____ OU Déclaration pour la retenue d'impôt (Québec) TP-1015.3 : _____

L'employé est-il exonéré d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (formulaire de l'ARC TD1-IN)? ☐ Non ☐ Oui À quel pourcentage?_____ %

Remplissez la partie ci-dessous si votre régime est de type SAS et que vous avez autorisé la Canada Vie à prélever les cotisations au RPC/RRQ et à l'AE/au RQAP de l'employé en votre nom. Inscrivez les montants prélevés à ce jour par votre système de paye en fonction de la rémunération que vous avez versée :

Province d'emploi de l'employé : _____

Cotisations au RPC/RRQ(1) cumulées à ce jour : _____ Cotisations au RPC/RRQ(2) cumulées à ce jour : _____

Primes d'AE cumulées jusqu'à ce jour : _____ Cotisation au RQAP : _____

Gains ouvrant droit à pension cumulés jusqu'à ce jour : _____ Revenus assurables : _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

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) : _____

Avez-vous payé l'employé au-delà de son dernier jour de travail? ☐ Non ☐ Oui

Date jusqu'à laquelle l'employé a été payé (jj-mm-aaaa) :_____ OU ☐ En cours

Type de rémunération : ☐ Congé de maladie payé/prolongation de salaire ☐ Vacances ☐ Autres (veuillez préciser) :

_____

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 de rappel au travail (si elle est connue) : _____

☐ Congé de maternité / parental Date du départ : _____ (jj-mm-aaaa) Date prévue de retour au travail : _____

☐ Congé autorisé Date de début : _____ (jj-mm-aaaa) Date prévue du retour au travail : _____

☐ Autre : _____

L'absence est-elle attribuable à un incident lié au travail? ☐ Non ☐ Oui

Une demande de règlement pour accidents de travail a-t-elle été présentée? ☐ Non ☐ Oui

Numéro de la demande de règlement pour accidents de travail (si vous le connaissez) : _____

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 entrés 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 autorisée doit être signé.

Si vous soumettez ce formulaire en ligne, la certification en ligne s'appliquera.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

canada vie MC

Questionnaire sur l'emploi

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?

☐	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 : • Examiner et analyser des données financières. • Faire passer des examens écrits et les corriger.
☐	Légères	S'asseoir et se tenir debout / marcher, se pencher, s'accroupir, 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 : • Préparer des repas. • Classer du matériel dans des tiroirs et dans des caisses de rangement
☐	Moyennes	Se tenir debout / marcher et s'asseoir à l'occasion. Se pencher / s'accroupir, 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 : • Mesurer, couper et appliquer du papier peint. • Ajuster, réparer ou remplacer des composantes mécaniques ou électriques à l'aide d'outils manuels.
☐	Lourdes	Se tenir debout / marcher la plupart du temps. Se pencher / s'accroupir, étendre les bras, grimper fréquemment. L'employé doit à l'occasion soulever ou déplacer jusqu'à 100 lb / 45,4 kg. Par exemple : • Pelleter du ciment dans une bétonnière, entretenir et réparer les routes. • Mesurer, couper et installer des cloisons sèches.

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

☐	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 : • Garnir les tablettes. • Prendre des billets, accueillir des clients. • Faire des travaux légers ou nettoyer.
☐	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 : • Faire des contrôles de la qualité à l'aide d'une liste de vérification. • Traiter les achats des clients avec différents modes de paiement. • Répondre au téléphone et acheminer les appels.
☐	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. • Examiner et analyser des données financières. • Manœuvrer de la machinerie lourde. • Se rendre au domicile des clients pour réaliser des ventes/offrir des services.
☐	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 : • Examiner des patients, faire passer des tests et donner des traitements. • Travailler dans les domaines du transport public, de la sécurité publique.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste? _____ ans _____ 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 :

- **l'employé est de retour au travail ou si son absence durera moins de quatre semaines.**
- **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 %)	Occasionellement (33 % ou moins)	Pas du tout
Souci du détail	☐	☐	☐	☐	☐
Plusieurs tâches à la fois	☐	☐	☐	☐	☐
Analyse	☐	☐	☐	☐	☐
Communication verbale	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Partie 2 – suite

Activité		Constamment (de 85 à 100 %)	Fréquemment (de 65 à 84 %)	Régulière-ment (de 34 à 64 %)	Occasionellement (33 % ou moins)	Incapable / pas du tout	Durée prévue de toute restriction
Se pencher / se baisser		☐	☐	☐	☐	☐	
S'accroupir / s'agenouiller		☐	☐	☐	☐	☐	
Monter des escaliers		☐	☐	☐	☐	☐	
Manoeuvrer avec les pieds	Droite	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gauche	☐	☐	☐	☐	☐	
Pousser/tirer	Droite	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gauche	☐	☐	☐	☐	☐	
Étendre les bras							
Au-dessous des épaules	Droite	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gauche	☐	☐	☐	☐	☐	
Au-dessus 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/écririe/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		☐	☐	☐	☐	☐	

Veuillez 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 entrés 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 autorisée doit être signé.

Si vous soumettez ce formulaire en ligne, la certification en ligne sera appliquée.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Effacer