

## QUESTIONNAIRE SUR L'EMPLOI DANS LE CADRE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Prénom du demandeur \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique du client : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie :

Adresse de la compagnie :

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Numéro de téléphone de l'entreprise :

Date d'ouverture de l'entreprise (JJ-MM-AAAA) :

Entreprise individuelle ou société de personnes :

Nature de l'entreprise :

Heures de travail habituelles par jour/semaine :

Dernier jour travaillé à l'entreprise (JJ-MM-AAAA) :

Date prévue du retour au travail (temps plein/partiel) (JJ-MM-AAAA) :

Votre entreprise est-elle encore en exploitation?

Dans l'affirmative, veuillez donner une description des tâches que vous continuez d'accomplir, y compris les heures travaillées par jour et par semaine.

Dans la négative, qui s'acquitte de vos tâches pendant votre absence?

Recevez-vous un salaire ou une part de profit provenant de votre entreprise depuis votre dernier jour de travail?

Veuillez fournir les renseignements suivants relatifs à votre entreprise.

1. **Horaire de travail** : à temps plein ou partiel, quart de jour ou de nuit et nombre d'heures travaillées par jour et par semaine.

2. **Environnement de travail** : température, éclairage, bruit, vapeur/émanations, risques physiques, etc.

3. **Matériel** : types d'appareils, de matériel, d'outils et d'auxiliaires de travail nécessaires à l'exécution des tâches.

4. **Véhicules** : véhicules ou matériel motorisé conduits au travail. Veuillez préciser si un permis spécial est requis.

5. **Modification de tâches** : est-il possible de modifier les tâches et les heures de travail pour tenir compte des restrictions? Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date où ces modifications peuvent être mises en place.

6. **Pertes** : veuillez donner la description de pertes de profits subies par votre entreprise ou de dépenses d'exploitation engagées par celle-ci, le cas échéant, depuis le début de votre invalidité. Avez-vous liquidé un ou des actifs? Avez-vous fait faillite?

Prénom du demandeur \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification unique du client : \_\_\_\_\_

Exigences physiques de l'emploi au moment de l'invalidité

Veuillez encrer/cler/sélectionner les chiffres appropriés ci-dessous pour chaque tâche devant être effectuée dans le cadre de l'emploi :

- 0 - jamais effectuée
- 1 - parfois effectuée
- 2 - effectuée à l'occasion, moins d'une heure par jour
- 3 - effectuée de façon fréquente ou répétitive, pendant une à trois heures par jour
- 4 - exigence maximale, plus de trois heures par jour

Rester assis dans une chaise	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Tenir des objets (préhension)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Rester assis dans un siège de véhicule	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Pincer	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Rester debout	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Dactylographier	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Marcher :</b>		<b>Grimper :</b>	
Surface plane	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Échelle	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Surface inégale	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Échafaudage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Escalier	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Autre	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Se pencher :</b>		<b>Soulever :</b>	
Se courber	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	À partir du sol	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
S'accroupir	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	À partir de la taille	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
S'agenouiller	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Au-dessus de la taille	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Mobilité :</b>		<b>Soulever, transporter, pousser ou tirer une charge de :</b>	
Transporter	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	0 à 10 lb	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Pousser	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	10 à 25 lb	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Tirer	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	25 à 50 lb	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ramper	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Plus de 50 lb	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Étendre les bras :</b>			
Au-dessous des épaules	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
Au niveau des épaules	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
Au-dessus des épaules	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

Commentaires:

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(JJ-MM-AAAA)

## PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

### Vos renseignements personnels

- Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière.
- Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière.
- Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

### Qui a accès à vos renseignements?

- Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches ainsi qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès.
- Pour nous aider à accomplir les tâches précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger.
- Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

### Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes

- Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse.
- Ils peuvent aussi servir à enquêter sur les demandes de règlement et à les évaluer, à verser des prestations, ainsi qu'à établir et à tenir à jour les dossiers concernant notre relation.

Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

### Pour en savoir davantage

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AAAA)

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :**

**DEMANDES DE RÈGLEMENT, ASSURANCE CRÉANCES**  
**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE**  
330 AVENUE UNIVERSITY, TORONTO ON CANADA M5G 1R8  
TÉLÉCOPIEUR : 416 552-6557

Adresses courrielles : Provinces de l'ouest et territoires : [vancouver\\_creditor@canadalife.com](mailto:vancouver_creditor@canadalife.com)

Ontario : [tor\\_creditor\\_claims@canadalife.com](mailto:tor_creditor_claims@canadalife.com)

Québec : [creances.montreal@canadalife.com](mailto:creances.montreal@canadalife.com)

Provinces de l'atlantique : [halifaxcreditor@canadalife.com](mailto:halifaxcreditor@canadalife.com)