

Les déclarations de l'employé et de l'employeur doivent être remplies, puis envoyées à la Canada Vie au moins huit semaines avant que la période d'attente prenne fin. Les normes de confidentialité de la Canada Vie et la loi applicable permettent aux employés d'accéder aux renseignements personnels contenus dans leur dossier. Toute information que vous nous fournissez à l'égard de la présente demande de règlement pourrait éventuellement être consultée par l'employé. **Veillez vous assurer que toutes les sections sont dûment remplies afin d'éviter tout retard dans le processus d'évaluation de la présente demande de règlement.**

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_ Numéro de régime : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

|                              |                                 |                      |                                          |             |        |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------------------------|-------------|--------|
| Prénom                       | Initiale du second prénom       | Nom de famille       | Numéro d'identification de la Canada vie | Division    | Classe |
| Date de naissance (jj-mm-aa) | Numéro de téléphone au domicile | Numéro de cellulaire | Numéro de téléphone au travail           |             |        |
| Adresse du domicile          |                                 | Ville                | Province                                 | Code postal |        |

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Date d'entrée en service : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

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

☐ Horaire ☐ Hebdomadaire ☐ Aux deux semaines ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐ Annuelle

L'employé travaille à : a) ☐ Temps Plein ☐ Temps partiel

L'employé est : b) ☐ Permanent ☐ Temporaire ☐ Saisonnier ☐ Contractuel

L'employé reçoit une rémunération : c) ☐ Horaire ☐ Fixe ☐ À la commission ☐ Fixe et des commissions

☐ Horaire et des commissions ☐ Autre Description : \_\_\_\_\_

Nombre normal d'heures prévues à l'horaire : \_\_\_\_\_ ☐ Hebdomadaire ☐ Aux deux semaines ☐ Mensuellement

Le nombre d'heures prévues à l'horaire fluctue-t-il (à l'exclusion des heures supplémentaires)? ☐ Oui ☐ Non

L'employé est-il toujours à l'emploi? ☐ Oui ☐ Non Date de cessation d'emploi : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION

Date à laquelle l'employé a signé la demande d'adhésion au régime collectif : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

Date à laquelle l'employé a commencé à être couvert au titre du régime : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

Montant d'assurance invalidité de base versé à l'employé : \_\_\_\_\_ par mois

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

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

L'employé bénéficie-t-il d'une assurance invalidité de longue durée (ILD) complémentaire? ☐ Non ☐ Oui

Montant de l'assurance ILD complémentaire : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS FISCAUX DE 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 bénéficie-t-il d'une exemption d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (formulaire TD1-1N de l'Agence du revenu du Canada)?

☐ Non

☐ Oui Quel pourcentage du revenu de l'employé est exempt d'impôt? \_\_\_\_\_ %

## RENSEIGNEMENTS FISCAUX DE L'EMPLOYÉ (suite)

**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 : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ABSENCE

Date du dernier jour de travail de l'employé : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa) Pourcentage de temps travaillé au cours du dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ %

Date du premier jour d'absence de l'employé : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

L'employé a-t-il été payé après son dernier jour de travail?

☐ Non ☐ Oui Date jusqu'à laquelle l'employé a été payé : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa) **OU** ☐ En cours

Type de paiement : ☐ Congé de maladie / prolongation de salaire ☐ Jours de vacances ☐ Autre

Pour quelle ou quelles raisons l'employé est-il absent du travail? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

☐ Raison médicale

☐ Grève

☐ Mise à pied temporaire Date du début \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

Date de rappel (si connue) \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

☐ Congé de maternité Date du début \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

Date de retour prévu \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

☐ Congé autorisé Date du début \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

Date de retour prévu \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

☐ Autre \_\_\_\_\_

L'absence est-elle associée à un incident lié au travail?

☐ Non ☐ Oui Une demande d'indemnité d'accident du travail a-t-elle été déposée? ☐ Non ☐ Oui

L'employé est-il de retour au travail?

☐ Non Quand prévoyez-vous que l'employé sera de retour au travail? \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa) **OU** ☐ Date inconnue

☐ Oui Date du retour au travail : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aa)

L'employé est d'abord retourné travailler à des (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) :

☐ Tâches et heures normales ☐ Tâches modifiées ☐ Heures modifiées

Des problèmes se sont-ils manifestés au travail entraînant ainsi l'absence de l'employé? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Pensez-vous qu'il y aura des difficultés relativement au retour de l'employé au travail? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Avez-vous des préoccupations relatives à la demande de prestations d'invalidité de cet employé? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si vous avez coché « Oui » ou « Inconnu » en répondant à une des questions ci-dessus, veuillez expliquer pourquoi. Un représentant chargé des demandes de règlement de la Canada Vie pourrait communiquer avec vous pour obtenir davantage de renseignements.

---

---

---

---

---

## DÉCLARATION

☐ Je déclare que les renseignements fournis sont justes.

Date du jour (jj-mm-aa) : \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource

Titre de poste

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Numéro de télécopieur confidentiel

Signature autorisée \_\_\_\_\_

Si vous soumettez le formulaire par télécopieur ou par courriel, la signature de la personne autorisée doit être apposée dans le champ réservé à cet effet.

Si vous le soumettez en ligne, l'attestation en ligne s'appliquera.

## IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Prénom \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Numéro de régime \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de la Canada vie \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI – partie 1

Titre du poste de l'employé au cours de son dernier jour de travail : \_\_\_\_\_

Comment classeriez-vous les exigences physiques des tâches accomplies par l'employé?

|                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Limitée   | Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant jusqu'à 5 kg.<br>Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et analyser de l'information financière.</li> <li>Faire passer des examens écrits et les noter.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Légère    | Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant de 5 kg à 10 kg.<br>Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Réparer des semelles, des talons et d'autres parties d'une chaussure.</li> <li>Classer du matériel dans des tiroirs, des classeurs et des boîtes d'entreposage.</li> <li>Préparer et cuisiner des repas.</li> </ul>                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | Moyenne   | Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant de 10 kg à 20 kg.<br>Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer, couper et poser du papier peint sur les murs.</li> <li>Ajuster, réparer ou remplacer des composantes mécaniques ou électriques à l'aide d'équipement et d'outils manuels.</li> </ul>                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | Difficile | Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant plus de 20 kg.<br>Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelleter du ciment dans une bétonnière et aider à l'entretien et à la réparation des routes.</li> <li>Mesurer, couper et ajuster des panneaux de cloison sèche pour les poser dans des murs et des plafonds.</li> <li>Utiliser une tronçonneuse pour éclaircir et espacer les arbres dans les zones de reforestation.</li> </ul> |

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

Les tâches de l'employé ont-elles été modifiées avant son absence en raison de son état de santé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI – partie 2

### Exigences physiques et cognitives

*Si vous avez de la documentation qui donne des précisions sur les exigences physiques et cognitives de l'emploi, vous n'avez pas besoin de remplir la ou les sections ci-dessous.*

J'enverrai séparément un document au sujet des : ☐ Exigences physiques de l'emploi ☐ Exigences cognitives de l'emploi

**Soulever ou porter une charge** – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé soulève ou porte une charge au cours d'une journée normale de travail.

| Poids                    | Jamais                   | Parfois (de 0 % à 33 %)  | Souvent (de 34 % à 66 %) | Constamment (de 67 % à 100 %) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Jusqu'à 100 lb / 45 kg   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Jusqu'à 50 lb / 22,75 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Jusqu'à 20 lb / 9,1 kg   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Jusqu'à 10 lb / 4,5 kg   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**Mobilité** – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé effectue chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

| Tâche                     | Jamais                   | Parfois (de 0 % à 33 %)  | Souvent (de 34 % à 66 %) | Constamment (de 67 % à 100 %) |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Atteindre un objet        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Se pencher ou s'accroupir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| S'agenouiller ou ramper   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**Endurance** – Cochez le temps consacré par l'employé pour effectuer une tâche avant qu'il change pour une nouvelle. Dans la dernière colonne, inscrivez le nombre total d'heures requises par l'employé pour accomplir chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

| Tâche       | De 0 à 30 minutes        | De 31 à 60 minutes       | De 61 à 90 minutes       | Plus de 90 minutes       | Temps total par jour |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Être assis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ heure(s)       |
| Être debout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ heure(s)       |
| Marcher     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ heure(s)       |
| Grimper     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ heure(s)       |
| Conduire    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ heure(s)       |

**Exigences cognitives de l'emploi** – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé effectue chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

| Tâche                        | Jamais                   | Parfois (de 0 % à 33 %)  | Souvent (de 34 % à 66 %) | Constamment (de 67 % à 100 %) |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Attention prêtée aux détails | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Multitâche                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Analyse                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Communication orale          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Lire / écrire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Mémoire                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Supervision de collègues     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

## RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Veuillez fournir toute autre information supplémentaire que vous croyez pertinente pour l'évaluation de la demande de règlement de l'employé.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DÉCLARATION

☐ Je déclare que les renseignements fournis sont justes.

Date du jour (jj-mm-aa): \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource

Titre de poste

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Numéro de télécopieur confidentiel

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

Si vous soumettez le formulaire par télécopieur ou par courriel, la signature de la personne autorisée doit être apposée dans le champ réservé à cet effet.

Si vous le soumettez en ligne, l'attestation en ligne s'appliquera.