

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

A - IDENTIFICATION

Nous ne pourrons donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.

Nom et prénom de l'employé		N° de certificat ou d'identification		N° d'assurance sociale*	
Adresse de l'employé - N°, rue, app.		Ville		Province	
Code postal					
N° de téléphone : () -					
Nom du preneur ou de l'employeur		N° de police ou groupe ou contrat		N° de compte	
Adresse du preneur ou de l'employeur - N°, rue, bureau		Ville		Province	
Code postal					
N° de téléphone : () -					
N° de télécopieur : () -					
AAAA MM JJ					
Remplir si auto-administré : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE :				N° de catégorie :	

* Le numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si les prestations d'assurance invalidité sont imposables.

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Si les prestations sont imposables, les montants d'impôt de base seront prélevés. Pour toutes autres situations, veuillez fournir les formulaires fiscaux appropriés.

1 Salaire actuel		Montant		2 Date d'effet de ce salaire		3 Statut de l'emploi	
<input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Aux deux semaines		\$		AAAA MM JJ		<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel	
4 Jours de travail/semaine normale		N ^{bre} d'heures de travail/semaine		5 Type d'horaire		6 Primes payées par	
<input type="checkbox"/> DIM <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> JEU <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAM				<input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Rotatif		<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux	
7 Date d'entrée à votre service		8 Profession		9 Dernier jour de travail		N ^{bre} d'heures travaillées	
AAAA MM JJ				AAAA MM JJ			
10 L'invalidité est-elle due à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de l'accident :							
11 Pendant la période d'invalidité, a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes d'argent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : (Nature = vacances, congé de maternité ou de maladie, salaire, assurance emploi, montant forfaitaire, etc.)							
Nature :		Montant :		\$		Période :	
12 Si l'employée est enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été ou sera-t-elle présentée à la CSST (Québec seulement)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
13 Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :							
<input type="checkbox"/> CSST/CAT/CSPAAT/CSSIAT/WCB <input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="checkbox"/> SAAQ (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Indemnisation sans égard à la responsabilité (hors-Québec)							
Autre : _____							
Date de la demande :		Décision rendue :		Montant :		\$	
AAAA MM JJ		AAAA MM JJ					
14 L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date?							
15 Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, date de son départ : Raison :							
AAAA MM JJ							
16 Un relevé d'emploi lui a-t-il été remis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
17 Est-ce que des facteurs liés au travail pourraient avoir contribué à cette invalidité ou avoir une influence sur le retour au travail de cet employé?							
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez décrire : _____							

18 Est-ce que votre employé est admissible à une exemption d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (L.R.C. (1985), ch.1-5)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Si oui, veuillez indiquer le pourcentage du revenu d'emploi qui est exempt d'impôt : %							

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

C - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE L'EMPLOI

Veuillez joindre une description de tâches, si disponible.

1 Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

Tâches	%	Tâches	%
Tâches	%	Tâches	%

Pour les questions 2 et 3, utilisez les définitions suivantes pour déterminer la **FRÉQUENCE** :**OCCASIONNELLEMENT** : 0 - 15 % du temps**FRÉQUEMMENT** : 16 - 50 % du temps**CONTINUUELLEMENT** : 51 % du temps et +**2** Milieu de travail - L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C
<input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environnement humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Froid ou chaleur extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manutention de produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'emploi implique-t-il d'autres risques? Oui Non **Si oui**, veuillez les énumérer :**3** Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous et indiquez l'information requise.

FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C	FRÉQUENCE :	O	F	C
<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de sa tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escaliers (nb de marches _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Échelles (hauteur _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCRIVEZ L'ACTIVITÉ ET INDIQUEZ LA FRÉQUENCE ET LE POIDS :

	FRÉQUENCE :	O	F	C	POIDS :
<input type="checkbox"/> Pousser _____	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg				
<input type="checkbox"/> Tirer _____	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg				
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____	<input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg				

Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par l'employé au cours de son travail.

Type d'équipement _____	N ^{bre} fois/jour _____
Type d'équipement _____	N ^{bre} fois/jour _____

4 L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts? Oui NonSi oui, veuillez expliquer : _____

_____**5** L'emploi requiert-il de la dextérité? Oui NonSi oui, veuillez expliquer : _____

_____**D - RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE

Nom et prénom de la personne autorisée (EN LETTRES MAJUSCULES)	Fonction
Signature	Date