



## DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

### A - IDENTIFICATION

Nous ne pouvons 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	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	<b>N° de catégorie :</b>
------	----	----	--------------------------

**Remplir si auto-administré : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE :**

### B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Salaire actuel <input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bimensuel		2. Date d'effet de ce salaire AAAA MM JJ		3. Statut de l'emploi <input type="checkbox"/> temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel		4. Jours de travail/semaine normale <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		Nbre d'heures de travail/semaine							
4.A <input type="checkbox"/> Horaire variable <input type="checkbox"/> Horaire rotatif		5. Primes payées par: <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux		6. Déductions: <input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Bimensuelles <input type="checkbox"/> Mensuelles		Code d'exemption		Montants d'impôts retenus à la source		Cotisations RPC/RRQ		Ass. emploi (RHDSC)		Ass. parentale (RQAP) Qc seul.	
7. Date d'entrée à votre service AAAA MM JJ		8. Profession				9. Dernier jour de travail AAAA MM JJ		Nbre d'heures travaillées							
10. 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.)															
<b>Nature :</b>				<b>Montant :</b>				<b>Période :</b>							
11. 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															
12. 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) <input type="checkbox"/> Autre : _____ AAAA MM JJ															
<b>Date de la demande :</b>				<b>Décision rendue :</b>				<b>Montant :</b>				<b>\$</b>			
13. L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date? <span style="float: right;">AAAA MM JJ</span>															
14. Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, date de son départ : _____ Raison : _____															
15. Un relevé d'emploi lui a-t-il été remis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non															
16. Existe-t-il une raison pour laquelle les prestations demandées ne devraient pas être payées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires, s'il y a lieu : _____															

**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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
<input type="checkbox"/> Tirer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 <sup>bre</sup> fois/jour
Type d'équipement	N <sup>bre</sup> fois/jour

4. L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. L'emploi requiert-il de la dextérité?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Y a-t-il d'autres facteurs liés au travail qui pourraient avoir une influence sur le retour au travail de cet employé?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE**

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

Fonction

Signature

Date