



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 ADRESSE DE L'EMPLOYÉ				Date de naissance	Sexe
	J	M	A	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F
Code postal	Nº de téléphone (rés.) : () -			Nº d'assurance sociale	
NOM ET ADRESSE DU PRENEUR OU EMPLOYEUR				Nº de police	
	Code postal	Nº de téléphone	() -	Nº de télécopieur	() -

Remplir si auto-administré : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE : J M A | Nº de catégorie :

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Salaire actuel <input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel	2. Date d'effet de ce salaire \$ J M A	3. Statut d'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	5. Primes payées par : <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux
6. Déductions : <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuelles			7. Date d'entrée à votre service : J M A		
Fédéral	Code d'exemption	Montants d'impôts retenus à la source	Cotisations RPC/RRQ	Ass. emploi (RHDCC)	Ass. parentale (RQAP) Qc seul.
Provincial					
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.)					
Nature :	Montant :	Période :			
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 : _____					
Date de la demande : J M A	Décision rendue :	Montant :			
13. L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , à quelle date? J M A					
14. Est-il encore à votre service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non , date de son départ : J M A	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				

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

CONTINUELLEMENT : 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

- Extérieur
- Froid ou chaleur extrême

FRÉQUENCE : O F C

- Environnement humide
- Fumées toxiques

FRÉQUENCE : O F C

- Au-dessus ou sous le niveau du sol
- Manutention de produits chimiques

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

- Se tenir debout
- Marcher
- S'asseoir
- Se maintenir en équilibre

FRÉQUENCE : O F C

- Se pencher
- S'agenouiller
- S'accroupir
- Ramper

FRÉQUENCE : O F C

- S'étirer/travailler au-dessus de sa tête
- Grimper
- escaliers (nb de marches _____)
- échelles (hauteur _____)

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"/> lb <input type="checkbox"/> kg
<input type="checkbox"/> Tirer _____	<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"/> 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

Nbre fois/
jour

Type d'équipement

Nbre 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

PERSONNE AUTORISÉE	NOM (EN LETTRES MAJUSCULES)	FONCTION	SIGNATURE	DATE
--------------------	-----------------------------	----------	-----------	------

A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Formation

Scolarité

Expériences de travail

2. L'invalidité est-elle due à un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui , date de l'accident J M A	Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Type d'accident <input type="checkbox"/> de travail <input type="checkbox"/> de véhicule automobile <input type="checkbox"/> autre
---	---	--	---

Veuillez préciser où, comment et en présence de qui l'accident est survenu.

3. Avant de devenir invalide, avez-vous été traité pour la maladie ou la blessure ayant causé cette invalidité? Oui Non

Si oui, veuillez donner les détails incluant les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins et spécialistes qui vous ont traité.

4. Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins et spécialistes qui vous ont traité durant votre invalidité.

5. Détenez-vous, auprès de votre caisse, une assurance prêt de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie?

Oui - Nº de contrat : Non

6. Si vous êtes assuré en vertu d'une protection en cas d'accident ou de maladie par l'intermédiaire d'un syndicat, d'une société, d'un créancier, d'une assurance hypothèque ou automobile, d'un club ou d'une autre association, d'un autre employeur ou d'une police individuelle, veuillez fournir les détails suivants :

Nom de l'assureur	Nº de police	Nº de certificat	Date du début des prestations	Période de prestations	Montant	Hebdo./Mens
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

COMMENTAIRES :

Je certifie que, pour autant que je sache, les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

DATE

B - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambiguës ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à l'occasion de leur retraite. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

C - AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – Remplir à chaque demande

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

**SIGNATURE
DE L'EMPLOYÉ**

DATE

**Nº DE CERTIFICAT
OU D'IDENTIFICATION**

**TRÈS
IMPORTANT**

VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DEMANDE INITIALE ET FAIRE PARVENIR LES FORMULAIRES REMPLIS À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE, PRESTATIONS D'INVALIDITÉ