Imprimer

iA Groupe financier

DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ
DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE

ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6
Télécopieur : 1-877-799-6691
invaliditevie@ia.ca

Toutes les autres provinces
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7
Télécopieur: 1-877-781-1583
reglementinvalidite@ia.ca

Type de demande : Assurance invalidité de courte durée ☐ Assurance invalidité de longue durée ☐ Exonération des primes ☐

DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE
POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION

Nom du participant_____Prénom_____

Adresse _____

_____ Code postal

Tél. dom. Cellulaire

Date de naissance A M J

No de police No de certificat

No de catégorie No de division (s'il y a lieu)

Date d'effet de l'assurance du participant auprès de l'Industrielle Alliance A M J

Date d'effet initiale de l'assurance A M J Date d'embauche A M J

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉMUNÉRATION DU PARTICIPANT

Nombre d'heures de travail d'une semaine normale :_____

S'il s'agit d'un horaire irrégulier, indiquez le nombre d'heures travaillées pour chaque journée :

Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____

Salaire brut précédant la date d'invalidité :_____ $ Mensuel ☐ Bimensuel ☐ Hebdomadaire ☐

Crédits d'impôt : Fédéral (TD1) _____ Provincial (TPD1)_____

Autre, veuillez donner des précisions_____

Au cours de la période d'invalidité, le participant a-t-il touché ou touchera-t-il une des rémunérations suivantes?

Rémunération de congé férié ☐ Paye de vacances ☐ Rémunération pour congé de maladie ☐ Autre ☐ _____

Montant _____$ Période _____ à _____

Êtes-vous en mesure d'accommoder : un retour au travail graduel ☐ des tâches modifiées ☐

Imprimer

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Dernier jour travaillé A M J Date de retour au travail (s'il y a lieu) A M J

S'agit-il d'un accident de travail? Oui ☐ Non ☐

Est-ce qu'un rapport d'accident a été envoyé à la CSST, WSIB, Worksafe BC, etc.? Oui ☐ Non ☐ Date A M J

À la date du début de l'invalidité, l'employé était : en vacances ☐ en mise à pied ☐ en congé avec solde ☐ en congé sans solde ☐

en suspension disciplinaire avec solde ☐ en suspension disciplinaire sans solde ☐ Autre ☐ _____

Si l'employé est de retour au travail, veuillez spécifier : Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Tâches régulières ☐ Tâches modifiées ☐

À son dernier jour de travail, le participant occupait le poste suivant :

Poste _____ Veuillez joindre une description de poste si disponible. _____

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? Nombre d'années _____ Nombre de mois _____

Si le participant a changé de poste ou a vu ses tâches changer, décrire le poste précédent et fournir la ou les raisons du changement de poste ou de tâches.

Veuillez fournir tout autre commentaire pertinent relativement à cette demande de règlement : _____

4. RENSEIGNEMENTS SUR LES EXIGENCES PROFESSIONNELLES

Veuillez remplir ou joindre une analyse des exigences physiques.

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de son temps le participant consacre-t-il à soulever ou à transporter :

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Plus de 10 lb/4,5 kg	☐	☐	☐	☐	☐
Plus de 20 lb/9,1 kg	☐	☐	☐	☐	☐
Plus de 50 lb/22,7 kg	☐	☐	☐	☐	☐

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le participant consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Marcher	☐	☐	☐	☐	☐
Grimper	☐	☐	☐	☐	☐
Conduire	☐	☐	☐	☐	☐
Atteindre des objets au-dessus de la hauteur des épaules	☐	☐	☐	☐	☐
Atteindre des objets à hauteur des épaules	☐	☐	☐	☐	☐
Atteindre des objets en dessous de la hauteur des épaules	☐	☐	☐	☐	☐
Se pencher ou s'accroupir	☐	☐	☐	☐	☐
S'agenouiller ou ramper	☐	☐	☐	☐	☐

Imprimer

Combien de temps le participant demeure-t-il dans les positions suivantes de façon continue et sans pause?

	0-30 minutes	31-60 minutes	61-90 minutes	plus de 90 minutes
Position assise	☐	☐	☐	☐
Position debout	☐	☐	☐	☐

Exigences mentales

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le participant consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Supervision de collègues	☐	☐	☐	☐	☐
Tâches sous pression	☐	☐	☐	☐	☐
Tâches nécessitant une importante attention aux détails	☐	☐	☐	☐	☐

5.RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE

Nom du titulaire de la police _____

Adresse _____ Code postal _____

No de téléphone _____ Poste _____

Courriel _____

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Nom du signataire autorisé _____

_____ Date A M J

Signature

Si le titulaire de la police ne peut fournir les renseignements sur l'accomplissement du travail ou les tâches du participant, veuillez donner le nom d'une personne-ressource qui serait en mesure de fournir ces renseignements.

Nom : _____

No de téléphone _____ Poste _____

Courriel _____

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.