iA Groupe financier

Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP) — Police G-2400
Réclamation d'invalidité — Déclaration de l'employeur
À remplir par le gestionnaire ou le supérieur immédiat

ASSURANCE COLLECTIVE

IMPORTANT

This form is available in English.

Ce formulaire demande des renseignements sur les tâches de l'employé. Il doit être rempli par le gestionnaire ou le supérieur immédiat de celui-ci. Joignez une description à jour du poste de l'employé.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de la réclamation de votre employé, remplissez toutes les sections du formulaire.

Avant de pouvoir traiter la réclamation, iA Groupe financier doit recevoir les quatre formulaires suivants : le présent formulaire, la déclaration du conseiller en rémunération ou de l'agent des RH, la déclaration de l'employé et le rapport du médecin traitant.

Remplissez ce formulaire et faites-le parvenir à iA Groupe financier au moins deux mois avant la fin du délai de carence (13 semaines ou l'épuisement du congé de maladie, selon la plus tardive de ces éventualités). Si un formulaire de réclamation est soumis plus de trois mois après la fin du délai de carence, l'employé pourrait ne pas avoir droit aux prestations si le retard nuit à l'évaluation de la réclamation par iA Groupe financier. Référez-vous aux instructions d'envoi figurant à la fin du présent formulaire.

Pour éviter les trop-perçus, vous devez aviser iA Groupe financier dès que l'employé reprend le travail.

RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ ET L'EMPLOI DE L'EMPLOYÉ
(à remplir et à signer par le gestionnaire ou le supérieur immédiat de l'employé)

1. EMPLOYÉ

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance A A A A M M J J

N° de téléphone (maison) _____ N° de téléphone (autre) _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville Province

Ministère ou organisme _____ Code alpha du ministère _____

2. INVALIDITÉ ET RÉADAPTATION

De nombreux employés en invalidité pourraient travailler de manière productive s'ils bénéficiaient d'une aide et d'encouragements à cette fin. Si iA Groupe financier estime qu'un employé en invalidité est un bon candidat pour la réadaptation professionnelle, le gestionnaire de cas et/ou un professionnel en réadaptation communiquera avec le ministère de l'employé pour déterminer les possibilités de retour au travail de l'employé. Le Conseil de fiducie du RACGFP et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, au nom du titulaire de la police, soutiennent fermement la réadaptation professionnelle et les efforts des ministères, des agences et de iA Groupe financier pour permettre aux employés de reprendre un travail adapté et productif.

Indiquez la personne avec qui iA Groupe financier doit communiquer au ministère ou à l'agence si l'employé est considéré comme un bon candidat pour la réadaptation professionnelle.

Prénom _____ Nom _____ Titre _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville Province

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Courriel _____

2. INVALIDITÉ ET RÉADAPTATION (SUITE)

1. Quand la maladie ou la blessure de l'employé a-t-elle commencé à nuire à son travail? A A A A M M J J

2. D'après vos observations, la capacité de l'employé à exercer ses fonctions a-t-elle changé?

   ☐ Non ☐ Oui – Précisez.

3. Des changements ont-ils été apportés au travail de l'employé à la suite de sa maladie ou de sa blessure?

   ☐ Non ☐ Oui – Précisez.

4. Si l'employé pouvait reprendre le travail selon un horaire réduit ou avec des tâches modifiées, un poste serait-il disponible pour lui?

   ☐ Non ☐ Oui – Précisez.

3. EMPLOI

1. Statut d'emploi à la plus récente embauche (cochez une seule case) :

Durée indéterminée	☐ Temps plein	☐ Temps partiel
Durée déterminée, 6 mois ou moins	☐ Temps plein	☐ Temps partiel
Durée déterminée, plus de 6 mois	☐ Temps plein	☐ Temps partiel
Saisonnier	☐ Temps plein	☐ Temps partiel
Autre (précisez) _____	☐ Temps plein	☐ Temps partiel

2. Lieu de travail : ☐ Bureau ☐ Domicile ☐ Ailleurs (précisez)

3. Quand l'employé a-t-il été nommé à ce poste? A A A A M M J J

4. Combien d'heures par semaine étaient prévues à l'horaire de l'employé dans son poste habituel? _____

5. Dernier jour de travail actif avant l'invalidité A A A A M M J J

6. Si l'employé travaille toujours, mais selon un horaire allégé en raison de sa maladie ou de sa blessure, indiquez la date d'entrée en vigueur de son nouvel horaire.

   A A A A M M J J

7. Quel était le titre du poste de l'employé à son dernier jour de travail actif? (Joignez la description à jour du poste.)

3. EMPLOI (SUITE)

8. Les tâches de l'employé avaient-elles été modifiées avant qu'il arrête de travailler à temps plein? Si oui, décrivez les modifications.

_____

9. Si l'employé a changé de poste ou d'affectation dans les 12 mois qui ont immédiatement précédé son dernier jour de travail, indiquez ces postes et affectations ci-dessous. Précisez également les raisons de ces changements et leur date d'entrée en vigueur.

_____

_____

10a. L'employé a-t-il cessé le travail pour des raisons médicales? ☐ Non ☐ Oui

10b. Si l'employé a cessé de travailler pour une raison autre que la maladie ou l'invalidité (p. ex. congé de maternité), donnez des précisions.

_____

11. L'employé était-il en congé sans solde avant son invalidité? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, à compter de quelle date? A A A A M M J J

12a. Y a-t-il eu cessation d'emploi? ☐ Non ☐ Oui – À compter de quelle date? A A A A M M J J

12b. Précisions _____

13. L'employé est-il retourné au travail? ☐ Non ☐ Oui – À compter de quelle date? A A A A M M J J

14. Indiquez la date prévue de retour au travail. A A A A M M J J

15. Le poste habituel de l'employé est-il toujours disponible? ☐ Non ☐ Oui Si non, expliquez.

_____

16. À votre connaissance, l'employé travaille-t-il maintenant ailleurs? ☐ Non ☐ Oui – Précisez.

_____

4. INDEMNISATION DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

1. Si la maladie ou la blessure de l'employé est de nature professionnelle, l'employé a-t-il fait une demande pour recevoir des indemnités pour accident de travail?

☐ Non ☐ Oui

5. MILIEU DE TRAVAIL ET TÂCHES

1. Le travail de l'employé comprend-il des tâches dans les conditions suivantes?

À l'extérieur	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____
Dans un froid ou une chaleur extrême	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____
Dans un environnement moite ou humide	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____
Dans un environnement bruyant	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____
Dans un environnement poussiéreux ou mal ventilé	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____
En présence d'émanations toxiques	☐ Non	☐ Oui – Quel pourcentage du temps? _____

2. Le poste de l'employé nécessite-t-il la manipulation de produits chimiques? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, énumérez les produits chimiques.

   _____

   _____

   _____

3. Dans le cadre de son travail normal, quel pourcentage du temps l'employé doit-il lever ou transporter les charges suivantes?

Plus de 50 lb/22,7 kg	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Plus de 20 lb/9,1 kg	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Plus de 10 lb/4,5 kg	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %

4. Dans le cadre de son travail normal, quel pourcentage du temps l'employé doit-il faire les activités suivantes?

Marcher	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Grimper	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Conduire de jour	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Conduire de nuit	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Tendre les bras plus haut que la hauteur des épaules	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Tendre les bras à la hauteur des épaules	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Tendre les bras plus bas que la hauteur des épaules	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
Fléchir le tronc ou s'accroupir	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %
S'agenouiller ou ramper	☐ s. o.	☐ 1 à 25 %	☐ 26 à 50 %	☐ 51 à 75 %	☐ 76 à 100 %

5. MILIEU DE TRAVAIL ET TÂCHES (SUITE)

5. Combien de temps l'employé doit-il rester dans les positions suivantes ou faire les activités suivantes avant de pouvoir changer de position ou d'activité?

Position assise, sans interruption

☐ s. o. ☐ 0 à 30 minutes ☐ 31 à 60 minutes ☐ 61 à 90 minutes ☐ plus de 90 minutes

Position debout, sans interruption

☐ s. o. ☐ 0 à 30 minutes ☐ 31 à 60 minutes ☐ 61 à 90 minutes ☐ plus de 90 minutes

Conduite d'un véhicule, sans interruption

☐ s. o. ☐ 0 à 30 minutes ☐ 31 à 60 minutes ☐ 61 à 90 minutes ☐ plus de 90 minutes

6. Au cours d'une journée moyenne, combien d'heures l'employé passe-t-il dans les positions ou les activités suivantes?

Position assise	☐ s. o.	☐ 0 à 2 heures	☐ 3 à 4 heures	☐ 5 à 6 heures	☐ 7 à 8 heures
Position debout	☐ s. o.	☐ 0 à 2 heures	☐ 3 à 4 heures	☐ 5 à 6 heures	☐ 7 à 8 heures
Conduite d'un véhicule	☐ s. o.	☐ 0 à 2 heures	☐ 3 à 4 heures	☐ 5 à 6 heures	☐ 7 à 8 heures

7. Énumérez les machines, les outils et les autres équipements que l'employé utilise dans le cadre de son travail et, pour chaque cas, indiquez le nombre d'utilisations par jour ou le pourcentage du temps que représente l'utilisation (selon ce qui convient le mieux) :

Machine, outil ou autre équipement _____ Nombre d'utilisations par jour/pourcentage du temps _____

Machine, outil ou autre équipement _____ Nombre d'utilisations par jour/pourcentage du temps _____

Machine, outil ou autre équipement _____ Nombre d'utilisations par jour/pourcentage du temps _____

8. Aspects cognitifs/non physiques de l'emploi :

L'employé doit-il répondre à des plaintes?	☐ Non	☐ Oui
Le travail de l'employé est-il principalement évalué selon la productivité?	☐ Non	☐ Oui
L'employé travaille-t-il étroitement avec des collègues?	☐ Non	☐ Oui

L'employé est-il responsable d'objectifs de rendement ou a-t-il à prendre des décisions au sein de son service?

☐ Non ☐ Oui

Combien de personnes supervise-t-il?_____

Quel pourcentage de son temps consacre-t-il aux activités suivantes?

Parler _____%

Écrire _____%

Superviser d'autres personnes _____%

5. MILIEU DE TRAVAIL ET TÂCHES (SUITE)

Indiquez tout autre aspect pertinent du travail pouvant être considéré comme stressant.

_____

_____

_____

6. REMARQUES ADDITIONNELLES

Indiquez toute autre information pouvant être pertinente pour la réclamation.

_____

_____

_____

7. ENVOI DU FORMULAIRE DÛMENT REMPLI

Vous pouvez soumettre le formulaire et le ou les documents justificatifs de plusieurs façons :

1. Par la poste : Règlements, Invalidité
   522, avenue University, bureau 400
   Toronto (Ontario) M5G 1Y7
2. Par télécopieur : 1 877 781-1583
3. Par courriel : reglementinvalidite@ia.ca
   Notez que, bien que iA Groupe financier utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'il envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peut être garantie.

Peu importe l'option choisie, conservez une copie de tous les documents pour vos dossiers.

Remarque : Vous devez également envoyer une copie du présent formulaire au Centre des services de paye de la fonction publique ou aux services de rémunération de votre ministère en leur demandant de remplir le formulaire F54-1013-57 — *Déclaration de l'employeur – À remplir par le conseiller en rémunération ou l'agent des RH* et de l'envoyer à iA Groupe financier.

8. RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE VOTRE EMPLOYÉ

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés au Conseil du Trésor pour l'administration du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP). Ces renseignements sont strictement confidentiels.

9. DÉCLARATION

À ma connaissance, les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et complets.

Prénom du gestionnaire ou du supérieur immédiat _____ Nom _____

Titre du poste _____

Adresse (travail)_____ Code postal _____
N° Rue App. ou bureau Ville Province

N° de téléphone (travail)_____ N° de télécopieur (travail)_____

Courriel (travail) _____

X_____ A A A A M M J J
Signature Date de la signature