

Demande de règlement, Invalidité de longue durée, Collective

Déclaration de l'employeur

Important :

La Déclaration de l'employeur et la Déclaration du salarié dûment remplis sont nécessaires à l'évaluation de la demande de règlement. Veuillez vous assurer que les formulaires sont remplis et envoyés à la Great-West au moins huit semaines avant la fin de la période d'attente. **Le versement des prestations peut être retardé si la présente déclaration est soumise plus tard que huit semaines avant la fin de la période d'attente.** Conformément aux Normes de confidentialité de la Great-West et aux lois applicables, le demandeur peut avoir accès aux renseignements personnels contenus dans son dossier. Toute information que vous nous fournissez à l'égard de la présente demande de règlement pourrait éventuellement être consultée par le demandeur.

A. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom		Numéro de police collective	Numéro de la division (le cas échéant)	Catégorie (le cas échéant)
Adresse : Numéro et rue	Case postale	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur		

B. IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Prénom	Initiale	Nom	Numéro d'identification du salarié	Numéro d'assurance sociale
--------	----------	-----	------------------------------------	----------------------------

C. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Date d'entrée en fonctions (JJ/MM/AA)	Catégorie d'emploi :			
	<input type="checkbox"/> Temps plein : Nombre d'heures travaillées par semaine _____	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Saisonnier	
Dernier jour de travail du salarié (JJ/MM/AA)	<input type="checkbox"/> Temps partiel : Nombre d'heures travaillées par semaine _____	<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Contractuel	
	<input type="checkbox"/> Horaire	<input type="checkbox"/> À rémunération fixe	<input type="checkbox"/> À la commission	
Raison de l'absence	<input type="checkbox"/> Raisons médicales	<input type="checkbox"/> Congé autorisé	<input type="checkbox"/> Grève	<input type="checkbox"/> Licenciement
	<input type="checkbox"/> Démission	<input type="checkbox"/> Retraite	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Accident de travail ou maladie reliée au travail

Veillez joindre des copies de toute la correspondance reçue à ce jour d'un organisme d'indemnisation des victimes d'accidents du travail relativement à l'affection du salarié.

Le salarié a-t-il repris le travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez la date de retour au travail (JJ/MM/AA)	Dans la négative, la date de retour au travail a-t-elle été fixée?
Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date de retour au travail prévue (JJ/MM/AA)	A-t-on mis fin à l'emploi du salarié? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (JJ/MM/AA)

D. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Date d'effet originale de l'assurance de base ILD du salarié (JJ/MM/AA)	Le salarié a-t-il présenté une demande d'adhésion tardive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'effet de l'assurance complémentaire le cas échéant : (JJ/MM/AA)
---	--	--

E. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Si une question ne s'applique pas, veuillez inscrire S.O. dans la case.

Rémunération mensuelle de base avant l'invalidité du salarié (comme définie dans le contrat) :	Moyenne des commissions mensuelles reçues au cours de la période de 24 mois se terminant au dernier jour de travail :	Code de demande correspondant aux crédits d'impôt personnels selon le dernier TD-1 :	Résidents du Québec seulement : déductions fiscales selon le dernier MR 19 :
Dernier jour de travail rémunéré : (JJ/MM/AA)	Selon vos dossiers : Montant des prestations ILD de base : Montant des prestations ILD complémentaires :		Le salarié est-il couvert par une assurance-vie collective? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Le cas échéant, veuillez indiquer : Le numéro de la police d'assurance-vie collective : Le montant de l'assurance-vie :

En ce qui a trait à l'assurance-vie collective, veuillez fournir le bulletin d'adhésion du salarié. Si le salarié est couvert par une assurance-vie facultative, veuillez fournir une copie de la lettre d'approbation de l'assurance-vie facultative.

DÉCLARATION

JE DÉCLARE PAR LES PRÉSENTES QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET COMPLETS.

Signature autorisée : _____ Date : _____

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Titre : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

LE RESTE DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU LE CONTREMAÎTRE DU SALARIÉ

F. INVALIDITÉ/RÉADAPTATION

À quelle date l'invalidité du salarié a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail adéquatement? (JJ/MM/AA)	De quelle manière l'invalidité a-t-elle influé sur son rendement au travail?	Les tâches du salarié ont-elles été modifiées par suite de l'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature des modifications et la date à laquelle elles ont été apportées :	Si le salarié pouvait exercer un travail à temps partiel ou moins ardu, pourriez-vous le reprendre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans la négative, veuillez préciser :

G. RENSEIGNEMENTS SUR LE POSTE – Veuillez ne pas tenir compte de cette partie si une description de tâches détaillée a été fournie.

Titre de poste du salarié à son dernier jour de travail :	Combien de temps le salarié a-t-il occupé cet emploi? Années _____ Mois _____																																																												
Quelles sont les tâches inhérentes à cet emploi et quel pourcentage de temps le salarié se consacre-t-il à chacune d'elles par semaine?	Conditions de travail : Le salarié doit-il travailler :																																																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Tâches</th> <th style="width: 20%;">Pourcentage de temps par semaine</th> <th style="width: 10%;">OUI</th> <th style="width: 10%;">NON</th> <th style="width: 10%;">% de TEMPS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Tâches	Pourcentage de temps par semaine	OUI	NON	% de TEMPS	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">à l'extérieur?</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans des froids ou des chaleurs extrêmes?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans des conditions humides?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans un milieu bruyant?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans un milieu poussiéreux ou non aéré?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>dans un endroit où il y a des vapeurs toxiques?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>		à l'extérieur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		dans des froids ou des chaleurs extrêmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		dans des conditions humides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		dans un milieu bruyant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		dans un milieu poussiéreux ou non aéré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		dans un endroit où il y a des vapeurs toxiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tâches	Pourcentage de temps par semaine	OUI	NON	% de TEMPS																																																									
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	à l'extérieur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	dans des froids ou des chaleurs extrêmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	dans des conditions humides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	dans un milieu bruyant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	dans un milieu poussiéreux ou non aéré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
	dans un endroit où il y a des vapeurs toxiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																									
Le salarié doit-il manipuler des produits chimiques? Dans l'affirmative, quels types?																																																													

Veuillez remplir les parties intitulées « Force physique » et « Mobilité » en cochant le **pourcentage qui correspond au temps** que le salarié consacre à la tâche dans le cours **normal** de son travail.

Force Physique : Dans l'exercice de ses fonctions, le salarié doit-il lever ou transporter des poids :	Mobilité : Dans l'exercice de ses fonctions, le salarié doit-il :																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">S.O.</th> <th style="width: 10%;">1-25%</th> <th style="width: 10%;">25-50%</th> <th style="width: 10%;">50-75%</th> <th style="width: 10%;">75-100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>de plus de 50 livres / 22,7 kg?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>de plus de 20 livres / 9,1 kg?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>de plus de 10 livres / 4,5 kg?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		S.O.	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%	de plus de 50 livres / 22,7 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de plus de 20 livres / 9,1 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de plus de 10 livres / 4,5 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">S.O.</th> <th style="width: 10%;">1-25%</th> <th style="width: 10%;">25-50%</th> <th style="width: 10%;">50-75%</th> <th style="width: 10%;">75-100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>marcher?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>grimper?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>conduire un véhicule :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">le jour?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">la nuit?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>étendre les bras au-dessus des épaules?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">à la hauteur des épaules?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">au-dessous des épaules?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>se pencher ou s'accroupir?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>s'agenouiller?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		S.O.	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%	marcher?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	conduire un véhicule :						le jour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	étendre les bras au-dessus des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à la hauteur des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	au-dessous des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se pencher ou s'accroupir?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	S.O.	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%																																																																																						
de plus de 50 livres / 22,7 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
de plus de 20 livres / 9,1 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
de plus de 10 livres / 4,5 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
	S.O.	1-25%	25-50%	50-75%	75-100%																																																																																						
marcher?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
conduire un véhicule :																																																																																											
le jour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
étendre les bras au-dessus des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
à la hauteur des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
au-dessous des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
se pencher ou s'accroupir?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
Communication : Dans l'exercice de ses fonctions, quel pourcentage de temps le salarié se consacre-t-il à :	Endurance : Veuillez cocher la case qui correspond le mieux au temps que le salarié passe dans chacune des positions avant d'en changer ou de se livrer à une autre activité.																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">parler?</td> <td style="width: 10%;">_____</td> <td style="width: 10%;">%</td> </tr> <tr> <td>écrire?</td> <td>_____</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>superviser d'autres personnes?</td> <td>_____</td> <td>%</td> </tr> </table>	parler?	_____	%	écrire?	_____	%	superviser d'autres personnes?	_____	%	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 20%;">position assise</th> <th style="width: 20%;">position debout</th> <th style="width: 20%;">conduite d'un véhicule</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 à 2 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 à 4 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 à 6 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 à 8 heures</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		position assise	position debout	conduite d'un véhicule	0 à 2 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 à 4 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 à 6 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 à 8 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
parler?	_____	%																																																																																									
écrire?	_____	%																																																																																									
superviser d'autres personnes?	_____	%																																																																																									
	position assise	position debout	conduite d'un véhicule																																																																																								
0 à 2 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
2 à 4 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
4 à 6 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
6 à 8 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								

Usage d'équipement : Veuillez énumérer les machines de bureau, l'outillage ou tout autre équipement que le salarié utilise pour son travail. Selon le cas, vous pouvez spécifier le nombre d'utilisations par jour de l'équipement ou le pourcentage d'utilisation.

Genre d'équipement	Nombre de fois par jour	Pourcentage de temps
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DÉCLARATION

JE DÉCLARE PAR LES PRÉSENTES QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET COMPLETS.

Signature autorisée : _____ Date : _____

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Titre : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____