

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

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

Type de demande : Invalidité de courte durée Invalidité de longue durée Exonération des primes

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION

Prénom du participant _____ Nom _____

Adresse _____

Code postal | | | | | | | |

Tél. dom. | | | | | | | | Cellulaire | | | | | | | |

Meilleur moment pour joindre le participant : avant-midi après-midi

Date de naissance | | | | | | | |

N° de police _____ N° de certificat _____ N° de catégorie _____ N° de compte (s'il y a lieu) _____

Date d'effet de l'assurance du participant auprès de iA Groupe financier | | | | | | | | Date de service | | | | | | | |

Date d'effet initiale de l'assurance | | | | | | | | Date d'embauche | | | | | | | |

Protections	Montant d'assurance actuel
Assurance vie de base – Participant	
Décès et mutilation accidentels de base – Participant	
Assurance vie facultative	
1. Participant	
2. Conjoint	
3. Enfants	
Invalidité de longue durée – Participant	

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 Date d'effet | | | | | | | |

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 jours fériés 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

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, à la WSIB, à 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 réclamation : _____

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	<input type="checkbox"/>				
Plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>				
Plus de 50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>				
Grimper	<input type="checkbox"/>				
Conduire	<input type="checkbox"/>				
Atteindre des objets au-dessus de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>				
Atteindre des objets à hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>				
Atteindre des objets en dessous de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>				
Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>				
S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>				
Tâches sous pression	<input type="checkbox"/>				
Tâches nécessitant une importante attention aux détails	<input type="checkbox"/>				

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE POLICE

Nom du titulaire de police _____

Adresse _____ Code postal | | | | | | | | | |

N° 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 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 : _____

N° de téléphone | | | | | | | | | | Poste | | | | |

Courriel _____