

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

**Toutes les autres provinces**  
 C. P. 4643, succursale A  
 Toronto (Ontario) M5W 5E3  
 Télécopieur : 1 877 781-1583

**POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT ET ÉVITER TOUT RETARD DANS L'ÉTUDE DU DOSSIER, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**

**1. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

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

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

Département (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Prénom du participant \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 N° de téléphone au travail \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

N° de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ N° de téléphone résidentiel \_\_\_\_\_

Meilleur moment pour joindre le participant : Avant-midi  Après-midi  Langue : Français  Anglais

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--

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

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date d'embauche 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Date d'effet initiale de l'assurance du participant – 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 après la date d'embauche

Protections	Montant d'assurance actuel
Assurance vie de base – Participant	
Assurance vie de base – Personnes à charge	
Assurance vie facultative	
1. Participant	
2. Conjoint	
3. Enfants	
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) de base – Participant	
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) facultative	
1. Participant	
2. Conjoint	
3. Enfants	
Assurance invalidité de longue durée – Participant	

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

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 \_\_\_\_\_ \$ Date d'effet 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Versé sur une base : Annuelle  Mensuelle  Bimensuelle  Toutes les 2 semaines  Hebdomadaire  Horaire

Crédits d'impôt : Fédéral (TD1) \_\_\_\_\_ Provincial (TP-1015.3) \_\_\_\_\_

Autre, précisez \_\_\_\_\_

Au cours de la période d'inactivité, 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? Non  Oui

des tâches modifiées? Non  Oui

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Dernier jour travaillé 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Date de retour au travail (s'il y a lieu) 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Raison principale de l'absence : Accident de la route  Accident de travail  Accident hors service  Maladie professionnelle  Autre maladie

S'il s'agit d'un accident de travail, un rapport a-t-il été déposé auprès d'une commission des accidents du travail (p. ex., CNESST, WSIB, WorkSafeBC, etc.)?

Non  Oui  Date 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

À la date du début de l'inactivité, le participant 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 le participant est de retour au travail, veuillez spécifier : Temps plein  Temps partiel   
Tâches régulières  Tâches modifiées

À son dernier jour de travail, le participant occupait quel 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 que ses tâches ont changé au cours des 12 mois précédant immédiatement le dernier jour de travail, veuillez 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 temps le participant consacre-t-il à soulever ou à transporter les poids suivants?

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets au-dessus de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets à hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets en dessous de la hauteur 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 ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches sous pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches nécessitant un grand souci du détail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE POLICE/ADMINISTRATEUR DE RÉGIME

### Personne autorisée

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature \_\_\_\_\_ Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

Si vous ne pouvez pas fournir les renseignements sur l'accomplissement du travail ou les tâches du participant, veuillez donner le nom d'une personne-ressource appropriée.

### Responsable des dossiers d'invalidité pour le régime d'assurance collective

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_