

Les déclarations de l'employé et de l'employeur doivent être remplies, puis envoyées à la Great-West dans les cinq jours suivant le début de l'invalidité. Les normes de confidentialité de la Great-West et la loi applicable permettent aux employés d'accéder aux renseignements personnels contenus dans leur dossier. Toute information que vous nous fournissez à l'égard de la présente demande de règlement pourrait éventuellement être consultée par l'employé. **Veillez vous assurer que toutes les sections sont dûment remplies afin d'éviter tout retard dans le processus d'évaluation de la présente demande de règlement.**

Nom de la compagnie : _____ N° de régime : _____

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	N° d'identification de la Great-West	Division	Classe

Date de naissance (JJ-MM-AA)	Si le régime est imposable, veuillez fournir les renseignements suivants :				
	N° d'assurance sociale	N° de téléphone au domicile	N° de cellulaire	N° de téléphone au travail	
_____		_____	_____	_____	
Adresse du domicile		Ville	Province	Code postal	
_____		_____	_____	_____	

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Date d'entrée en service : _____ (JJ-MM-AA)

Rémunération brute de l'employé avant l'invalidité : _____

Horaire Hebdomadaire Aux deux semaines Bimensuelle Mensuelle Annuelle

L'employé travaille à : a) Temps Plein Temps partiel

L'employé est : b) Permanent Temporaire Saisonnier Contractuel

L'employé reçoit une rémunération : c) Horaire Fixe À la commission Fixe et des commissions

Horaire et des commissions Autre Description : _____

Nombre normal d'heures prévues à l'horaire : _____ Hebdomadaire Aux deux semaines Mensuellement

Le nombre d'heures prévues à l'horaire fluctue-t-il (à l'exclusion des heures supplémentaires)? Oui Non

L'employé est-il toujours à l'emploi? Oui Non Date de cessation d'emploi : _____ (JJ-MM-AA)

RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION

Date à laquelle l'employé a signé la demande d'adhésion au régime collectif : _____ (JJ-MM-AA)

Date à laquelle l'employé a commencé à être couvert au titre du régime : _____ (JJ-MM-AA)

Montant d'assurance invalidité de base versé à l'employé : _____ par semaine

L'employé bénéficie-t-il d'une assurance invalidité de courte durée (ICD) complémentaire? Non Oui

Montant de l'assurance ICD complémentaire : _____

RENSEIGNEMENTS FISCAUX DE L'EMPLOYÉ

Crédits d'impôt personnels (TD1 au fédéral) : _____ **OU** Retenues d'impôt (TP-1015.3 au Québec) : _____

L'employé bénéficie-t-il d'une exemption d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (formulaire TD1-1N de l'Agence du revenu du Canada)?

Non

Oui Quel pourcentage du revenu de l'employé est exempt d'impôt? _____ %

RENSEIGNEMENTS FISCAUX DE L'EMPLOYÉ (suite)

Vous devez remplir la section suivante si votre régime est de type services administratifs seulement (SAS) ET que vous avez autorisé la Great-West à prélever les cotisations au Régime de pensions du Canada (RPC) / Régime de rentes du Québec (RRQ), à l'assurance-emploi (A.-E.) et au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), en votre nom, sur la rémunération de l'employé.

Province d'emploi de l'employé : _____

Inscrivez les montants tirés de votre système de paye que vous avez déduits du salaire que vous avez versé :

Cotisations au RPC/RRQ cumulées jusqu'à ce jour : _____ Primes d'A.-E. cumulées jusqu'à ce jour : _____

Primes du RQAP cumulées jusqu'à ce jour : _____ Gains ouvrant droit à pension cumulés jusqu'à ce jour : _____

Gains assurables cumulés jusqu'à ce jour : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ABSENCE

Date du dernier jour de travail de l'employé : _____ (JJ-MM-AA) Pourcentage de temps travaillé au cours du dernier jour de travail : _____ %

Date du premier jour d'absence de l'employé : _____ (JJ-MM-AA)

L'employé a-t-il été payé après son dernier jour de travail?

Non Oui Date jusqu'à laquelle l'employé a été payé : _____ (JJ-MM-AA) **OU** En cours

Type de paiement : Congé de maladie / prolongation de salaire Jours de vacances Autre

Pour quelle ou quelles raisons l'employé est-il absent du travail? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent :

Raison médicale

Grève

Mise à pied temporaire Date du début _____ (JJ-MM-AA) Date de rappel (si connue) _____ (JJ-MM-AA)

Congé de maternité Date du début _____ (JJ-MM-AA) Date de retour prévu _____ (JJ-MM-AA)

Congé autorisé Date du début _____ (JJ-MM-AA) Date de retour prévu _____ (JJ-MM-AA)

Autre _____

L'absence est-elle associée à un incident lié au travail?

Non Oui Une demande d'indemnité d'accident du travail a-t-elle été déposée? Non Oui

L'employé est-il de retour au travail?

Non Quand prévoyez-vous que l'employé sera de retour au travail? _____ (JJ-MM-AA) **OU** Date inconnue

Oui Date du retour au travail : _____ (JJ-MM-AA)

L'employé est d'abord retourné travailler à des (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) :

Tâches et heures normales Tâches modifiées Heures modifiées

Des problèmes se sont-ils manifestés au travail entraînant ainsi l'absence de l'employé? Oui Non Inconnu

Pensez-vous qu'il y aura des difficultés relativement au retour de l'employé au travail? Oui Non Inconnu

Avez-vous des préoccupations relatives à la demande de prestations d'invalidité de cet employé? Oui Non Inconnu

Si vous avez coché « Oui » ou « Inconnu » en répondant à une des questions ci-dessus, veuillez expliquer pourquoi. Un représentant chargé des demandes de règlement de la Great-West pourrait communiquer avec vous pour obtenir davantage de renseignements.

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis sont justes.

Date du jour (JJ-MM-AA) : _____

Nom de la personne-ressource

Titre de poste

N° de téléphone

Adresse de courriel

N° de télécopieur confidentiel

Adresse

Ville

Province

Code postal

Signature autorisée

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Prénom _____ Initiale du second prénom _____ Nom de famille _____ N° de régime _____ N° d'identification de la Great-West _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI – partie 1

Titre du poste de l'employé au cours de son dernier jour de travail : _____

Comment classeriez-vous les exigences physiques des tâches accomplies par l'employé?

<input type="checkbox"/>	Limitée	Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant jusqu'à 5 kg. Par exemple : • Examiner et analyser de l'information financière. • Faire passer des examens écrits et les noter.
<input type="checkbox"/>	Légère	Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant de 5 kg à 10 kg. Par exemple : • Réparer des semelles, des talons et d'autres parties d'une chaussure. • Classer du matériel dans des tiroirs, des classeurs et des boîtes d'entreposage. • Préparer et cuisiner des repas.
<input type="checkbox"/>	Moyenne	Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant de 10 kg à 20 kg. Par exemple : • Mesurer, couper et poser du papier peint sur les murs. • Ajuster, réparer ou remplacer des composantes mécaniques ou électriques à l'aide d'équipement et d'outils manuels.
<input type="checkbox"/>	Difficile	Les tâches liées à l'emploi nécessitent de soulever des charges pesant plus de 20 kg. Par exemple : • Pelleter du ciment dans une bétonnière et aider à l'entretien et à la réparation des routes. • Mesurer, couper et ajuster des panneaux de cloison sèche pour les poser dans des murs et des plafonds. • Utiliser une tronçonneuse pour éclaircir et espacer les arbres dans les zones de reforestation.

Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste? _____ année(s) _____ mois

Les tâches de l'employé ont-elles été modifiées avant son absence en raison de son état de santé? Oui Non

Dans l'affirmative, expliquez pourquoi : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI – partie 2



Vous n'avez pas à remplir la partie 2 lorsque l'employé est déjà de retour au travail ou que son absence durera moins de quatre semaines.

Exigences physiques et cognitives

Si vous avez de la documentation qui donne des précisions sur les exigences physiques et cognitives de l'emploi, vous n'avez pas besoin de remplir la ou les sections ci-dessous.

J'enverrai séparément un document au sujet des : Exigences physiques de l'emploi Exigences cognitives de l'emploi

Soulever ou porter une charge – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé soulève ou porte une charge au cours d'une journée normale de travail.

Poids	Jamais	Parfois (de 0 % à 33 %)	Souvent (de 34 % à 66 %)	Constamment (de 67 % à 100 %)
Jusqu'à 100 lb / 45 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 50 lb / 22,75 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 20 lb / 9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 10 lb / 4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilité – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé effectue chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

Tâche	Jamais	Parfois (de 0 % à 33 %)	Souvent (de 34 % à 66 %)	Constamment (de 67 % à 100 %)
Atteindre un objet	<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"/>
S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endurance – Cochez le temps consacré par l'employé pour effectuer une tâche avant qu'il change pour une nouvelle. Dans la dernière colonne, inscrivez le nombre total d'heures requises par l'employé pour accomplir chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

Tâche	De 0 à 30 minutes	De 31 à 60 minutes	De 61 à 90 minutes	Plus de 90 minutes	Temps total par jour
Être assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ heure(s)
Être debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ heure(s)
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ heure(s)
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ heure(s)
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ heure(s)

Exigences cognitives de l'emploi – Cochez l'option qui décrit la fréquence à laquelle l'employé effectue chaque tâche au cours d'une journée normale de travail.

Tâche	Jamais	Parfois (de 0 % à 33 %)	Souvent (de 34 % à 66 %)	Constamment (de 67 % à 100 %)
Attention prêtée aux détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multitâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire / écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision de collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Veillez fournir toute autre information supplémentaire que vous croyez pertinente pour l'évaluation de la demande de règlement de l'employé.

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis sont justes.

Date du jour (JJ-MM-AA): _____

Nom de la personne-ressource

Titre de poste

N° de téléphone

Adresse de courriel

N° de télécopieur confidentiel

Signature autorisée