

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB EIC 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Nom du groupe : _____ Remplacement du salaire
Numéro de magasin/lieu de travail : _____ Invalidité de courte durée
Numéro de police : _____ Division : _____ Invalidité de longue durée
 Exonération des primes

Nom de l'employé : _____
Nom de famille Prénom Initiale

NAS (uniquement pour les régimes imposables) : _____ Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) : _____

Emploi occupé de l'employé à son dernier jour de travail : _____

(Veuillez utiliser le verso pour élaborer ou joindre la description de poste ou l'analyse officielle des demandes des médecins)

Est-ce que le poste de l'employé est maintenu pour lui? Oui Non Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Y a-t-il d'autres postes au sein de votre entreprise pour lesquels l'employé serait qualifié? Oui Non Veuillez élaborer :

Date de retour au travail (JJ/MM/AAAA) : _____

L'état de l'employé est-il attribuable à une maladie professionnelle ou un accident de travail (passé ou récent)? Oui Non

(Si oui, veuillez joindre une copie de la correspondance avec la COMMISSION DE LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL)

L'employé a-t-il déjà présenté une demande pour un état semblable? Oui Non Si oui, indiquez les dates de paiement et l'assureur :

Du (JJ/MM/AAAA) : _____ Au (JJ/MM/AAAA) : _____ Assureur : _____

Assiduité - Indiquez le nombre de jours pendant lesquels l'employé a dû s'absenter du travail en raison de sa maladie :

_____ au cours de l'année dernière _____ moyenne des dernières années _____ solde de congés de maladie (nombre de jours)

Veuillez indiquer les dates pendant lesquelles l'employé était couvert pour : remplacement du salaire, congé de maladie payé, vacances payées, autre.

Type de revenu : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Type de revenu : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Date du début de l'emploi (JJ/MM/AAAA) : _____ Date d'effet de l'assurance invalidité de l'employé (JJ/MM/AAAA) : _____

Catégorie d'employé : _____

Salaire de l'employé au dernier jour de travail :

de l'heure _____ heures/semaine

par semaine

par mois

par année

retenues sur les paiements par période de paie

À commission

Si à commission, joindre le T4 de l'année passée.

_____ \$ _____ \$, _____ \$, _____ \$

Date de la dernière modification de salaire : (JJ/MM/AAAA) : _____

Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire qui pourrait être utile pour l'analyse de la présente demande.

Administrateur de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale

Titre : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

IMPORTANT : Tous les renseignements fournis doivent s'appliquer aux tâches habituelles de l'employé immédiatement avant sa maladie ou sa blessure.

Nom de l'employé :	N° de police :	N° d'identification :
Titre du poste :		Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste?
Ce poste comprend-il du travail par quarts? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Heures de travail habituelles chaque jour De _____ à _____		
Tâches et activités du poste (Indiquez la plus importante en premier.)		Heures par jour
1. _____	/	_____
2. _____	/	_____
3. _____	/	_____
4. _____	/	_____
5. _____	/	_____

MOBILITÉ

Activités	Oui / Non	Fréquence (N ^{bre} de fois par jour / d'heures par jour)	Activités	Oui / Non	Fréquence (N ^{bre} de fois par jour / d'heures par jour)
S'asseoir			Conduire		
Se lever			Rester dans la même position pendant plus d'une heure		
Marcher			Prendre un objet au-dessus des épaules		
Grimper			Prendre un objet à la hauteur des épaules		
Se pencher / s'accroupir			Prendre un objet au-dessous de la hauteur des épaules		
S'agenouiller					

FORCE

Activités	Fréquence					Poids		Commentaires
	Non exécutée	Non exécutée quotidiennement	Jusqu'à une heure par jour	De une à trois heures par jour	Plus de trois heures par jour	Habituel	Maximal	
Lever								
Pousser								
Tirer								
Dextérité manuelle								

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL Veuillez fournir des renseignements sur les activités et les facteurs environnementaux suivants relativement au poste occupé par l'employé.

Activités	Fréquence / durée	Activités	Fréquence / durée
Travail à l'intérieur		Zone glissante	
Travail à l'extérieur		Outils (tranchants, dangereux)	
Température (chaud / froid)		Équipement (électrique, vibrant, motorisé)	
Environnement humide ou sec		Déplacements	
Poussière		Travail en solitaire	
Fumées toxiques		Travail en groupe	
Bruit (niveau)		Interactions avec le public	
Déplacement d'objets			

Signature du superviseur direct : _____ Téléphone : _____

Poste ou titre : _____

Par les présentes, j'atteste que j'ai lu attentivement cette description de poste et que je considère qu'elle constitue un compte-rendu juste et fidèle de mes tâches habituelles.

Signature de l'employé : _____ Date (JJ/MM/AAAA): _____