

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

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

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

1981, AVENUE MCGILLE COLLEGE, BUREAU 100  
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7  
TÉL. : 1-877-849-8509  
TÉLÉC. : 1-844-244-8198  
salaire@medavie.croixbleue.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 : _____	<input type="checkbox"/> Remplacement du salaire <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes
Numéro de magasin/lieu de travail : _____	
Numéro de police : _____ Division : _____	

Nom de l'employé : _____	_____	_____	_____
	Nom de famille	Prénom	Initiale
NAS : _____	Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) : _____		
Emploi occupé de l'employé à son dernier jour de travail : _____			
<b>(Veuillez utiliser le verso pour élaborer ou joignez la description de poste ou l'analyse des demandes des médecins officielle)</b>			
Est-ce que le poste de l'employé est maintenu pour lui? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>(Si oui, veuillez joindre une copie de la correspondance avec la COMMISSION DE LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL)</b>		
L'employé a-t-il déjà présenté une demande pour un état semblable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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		
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 la couverture des prestations d'invalidité de l'employé (JJ/MM/AAAA) : _____
Catégorie d'employé : _____	
Salaire de l'employé au dernier jour de travail :	
<input type="checkbox"/> de l'heure _____ heures/semaine <input type="checkbox"/> À commission	
_____ \$ <input type="checkbox"/> par semaine <b>Si à commission, joindre le T4 de l'année passée.</b>	
<input type="checkbox"/> par mois	
<input type="checkbox"/> par année	
<input type="checkbox"/> retenu sur les paiements par période de paie _____ \$ _____, \$ _____, \$	
Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire qui pourrait être utile pour l'analyse de la présente demande.	
_____	
_____	

Administrateur de régimes collectifs : _____	_____	_____	_____
	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  
TÉLEEC. : 1-800-644-1722  
disability@medavie.bluecross.ca

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

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

1981, AVENUE MCGILLE COLLEGE, BUREAU 100  
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7  
TÉL. : 1-877-849-8509  
TÉLEEC. : 1-844-244-8198  
salaire@medavie.croixbleue.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="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <sup>bre</sup> de fois par jour / d'heures par jour)	Activités	Oui / Non	Fréquence (N <sup>bre</sup> 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	<input type="checkbox"/>		Zone glissante	<input type="checkbox"/>	
Travail à l'extérieur	<input type="checkbox"/>		Outils (tranchants, dangereux)	<input type="checkbox"/>	
Température (chaud / froid)	<input type="checkbox"/>		Équipement (électrique, vibrant, motorisé)	<input type="checkbox"/>	
Environnement humide ou sec	<input type="checkbox"/>				
Poussière	<input type="checkbox"/>		Déplacements	<input type="checkbox"/>	
Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>		Travail en solitaire	<input type="checkbox"/>	
Bruit (niveau)	<input type="checkbox"/>		Travail en groupe	<input type="checkbox"/>	
Déplacement d'objets	<input type="checkbox"/>		Interactions avec le public	<input type="checkbox"/>	

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 : \_\_\_\_\_