

**Ce formulaire comporte deux parties :**

**La Partie 1** vous demande des renseignements sur le travail du salarié et sur la situation de son assurance. Cette partie devrait être remplie par la personne qui connaît le mieux ces détails (par exemple, le responsable de la paie ou le gestionnaire du régime).

**La Partie 2** vous demande des renseignements sur les tâches spécifiques que le salarié doit accomplir dans le cadre de son travail. Cette partie du questionnaire doit être remplie par le supérieur hiérarchique du salarié. S'il existe une description des tâches qu'effectue le salarié, veuillez en joindre une copie au questionnaire.

**Western Life Compagnie d'assurance-vie doit avoir ce formulaire en main pour étudier la demande de prestations. Veuillez nous l'envoyer au moins huit semaines avant la fin du délai de carence pour éviter tout retard dans le versement des prestations.**

### Partie 1 : Renseignements sur le travail et sur l'assurance

#### Renseignements sur l'employeur

Raison sociale		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
N° de Téléphone ( )	N° du groupe	N° d'identification

#### Renseignements sur le salarié

Nom	Prénom	Date de naissance Jour Mois Année / /
Adresse		App.
Ville	Province	Code postal
N° de Téléphone (domicile) ( )	Numéro d'identification	Numéro d'assurance sociale

#### Renseignements sur l'emploi

- Date d'embauche du salarié
 

Jour	Mois	Année
------	------	-------
- Catégorie d'emploi (cocher une case par ligne)
  - Temps plein       Temps partiel ➤ Combien d'heures par semaine? \_\_\_\_\_
  - Permanent       Temporaire       Saisonnier
  - Payé à l'heure       Salarié       À la commission
- Le salarié effectue-t-il un travail par quarts?  Non  Oui ➤ Dans l'affirmative, à quel rythme se fait la rotation?
 

- Dernier jour de présence au travail avant le début de l'invalidité?
 

Jour	Mois	Année
------	------	-------
- L'absence du salarié est-elle attribuable à des raisons d'ordre médical?  Non  Oui
- Si le salarié est absent pour une autre raison (ex. congé de maternité), veuillez préciser.
 


- Le salarié a-t-il cessé ses fonctions?  Non  Oui ➤ À quelle date?
 

Jour	Mois	Année
------	------	-------
- Le salarié est-il retourné au travail?  Non  Oui ➤ À quelle date?
 

Jour	Mois	Année
------	------	-------

**Renseignements sur l'assurance du salarié**

Date d'effet de la couverture de la Western Life, Compagnie d'assurance-vie du ILD de base du salarié.	
Catégorie de couverture (le cas échéant).	S'agissait-il d'une demande d'adhésion tardive? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

1. La couverture ILD a-t-elle pris fin?  Non  Oui ➤ Quand?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

2. Le paiement des primes ILD a-t-il pris fin?  Non  Oui ➤ Quand?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

**Revenus et avantages**

Lorsque la question ne s'applique pas, inscrivez S.O. en guise de réponse

Revenu mensuel brut en vigueur au dernier jour de travail (exclusion fait des heures supplémentaires, des gratifications et des commissions) \$	Moyenne des commissions mensuelles au cours des 24 derniers mois. \$
Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier TDI \$	Total des exemptions fiscales personnelles selon le dernier TPDI (résidents du Québec seulement) \$

1. À quelle date le salarié de l'employé a-t-il cessé (cessera-t-il) d'être versé?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

2. Le salarié a-t-il des congés de maladie non utilisés?  Non  Oui ➤ Combien de jours? \_\_\_\_\_

3. Versez-vous actuellement une rémunération quelconque à l'employé?

Non  Oui ➤ a) Répondre et b) ci-dessous

a) Montant? \_\_\_\_\_ \$ par semaine Ce montant couvre-t-il les congés de maladie non utilisés?  Non  Oui

b) Jusqu'à quand la rémunération (compte tenu des droits aux congés de maladie) sera-t-elle maintenue?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

4. D'après vos dossiers, à combien s'élèvent les prestations ILD? \_\_\_\_\_ \$ par mois

5. Pourcentage de la cotisation aux primes d'assurance IP de l'employé

Cotisation de l'employé \_\_\_\_\_ Cotisation de l'employeur \_\_\_\_\_

6. Le salarié participe-t-il à un régime de retraite ou de pension de retraite?

Non  Oui ➤ N° d'enregistrement \_\_\_\_\_

7. Quelle somme le salarié touchera-t-il au titre de votre régime de retraite? \_\_\_\_\_ \$

8. Quelle somme le salarié touchera-t-il au titre du RRQ/RPC ou de tout autre régime de l'État? \_\_\_\_\_ \$

9. Le salarié est-il admissible à une retraite anticipée/rente non réduite?  Non  Oui ➤ Préciser ci-dessous

À partir de quelle date? 

Jour	Mois	Année
------	------	-------

 A-t-il présenté une demande à cet égard?  Non  Oui

**Commission des accidents du travail/CSST**

Le salarié a-t-il droit à des prestations de la Commission des accidents du travail ou de la CSST?

Non  Oui ➤ Répondre aux questions a) à d) Ci-dessous.

a) Le salarié a-t-il présenté une demande?  Non  Oui ➤ A-t-il reçu une réponse?  Non  Oui

b) Montant des prestations qu'il touche ou prévoit toucher? \_\_\_\_\_ \$ par semaine

c) Date du début du versement des prestations?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

d) Date de la fin versement des prestations?

Jour	Mois	Année
------	------	-------

**Déclaration relative à la Partie 1**

Les renseignements fournis à la Partie 1 du présent formulaire sont complets et véridiques.

Nom (VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)	Signature
Fonctions Date	
N° de téléphone N° de télécopieur	
( ) ( )	

**Partie 2 : Renseignements sur l'invalidité du salarié et l'emploi (à remplir par le supérieur hiérarchique du salarié)**

**Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation**  
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

1. Quand la maladie ou blessure du salarié a-t-elle commencé à l'affecter dans l'exercice de ses fonctions? 

Jour	Mois	Année
------	------	-------
2. D'après ce que vous avez observé, en quoi la capacité du salarié de s'acquitter de ses fonctions a-t-elle été affectée?


3. A-t-on modifié les tâches du salarié en raison de sa maladie ou blessure?  Non  Oui > Veuillez préciser.

Quelles modifications ont été apportées et à quelle date?


4. Si le salarié pouvait retourner au travail à temps partiel ou moyennant une modification de ses tâches, auriez-vous un poste à lui confier?

Non  Oui > Veuillez préciser.


**Antécédents professionnels récents**

Joindre des feuilles additionnelles au besoin

1. Quel poste le salarié occupait-il lors de son dernier jour de travail? \_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps le salarié occupait-il ce poste?

Années	Mois
--------	------

3. Veuillez décrire les tâches de son emploi et indiquer en pourcentage le temps consacré à chaque tâche au cours d'une semaine de travail.

Tâches	Temps en pourcentage

4. Si le salarié a changé de poste ou de fonctions au cours des 12 mois qui ont précédé son arrêt de travail, veuillez décrire ses tâches ou ses fonctions précédentes et donner les raisons qui ont entraîné ce changement ainsi que la date de celui-ci.


5. Veuillez donner les dates et les détails de tout congé de maladie, congé de maternité ou mise à pied ayant eu lieu dans les 12 mois précédant le début de l'invalidité.

Type de congé	Détails	Début	Fin

**Milieu de travail  
et activités  
professionnelles**

1. Dans le cadre de son travail, le salarié est-il appelé à travailler dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :
- |  |                              |                              |                         |       |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------|
| À l'extérieur                          | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |
| Froid ou chaleur intense               | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |
| Dans un milieu humide                  | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |
| Dans un milieu bruyant                 | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |
| Dans un milieu poussiéreux ou mal aéré | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |
| Près de vapeurs toxiques               | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | ➤ Temps en pourcentage? | _____ |

2. Le salarié manipule-t-il des produits chimiques dans le cadre de son travail?  
 Non  Oui ➤ Veuillez indiquer lesquels.


3. Dans le cours normal de son travail, indiquez en pourcentage le temps que le salarié passe à soulever ou à transporter les poids ci-dessous :

	<b>Jamais</b>	<b>1 à 25%</b>	<b>25 à 50%</b>	<b>50 à 75%</b>	<b>75 à 100%</b>
Plus de 50 lbs/22.7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 20 lbs/9.1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 10 lbs/4.5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dans le cours normal de son travail, indiquez en pourcentage le temps que le salarié consacre aux activités suivantes :

	<b>Jamais</b>	<b>1 à 25%</b>	<b>25 à 50%</b>	<b>50 à 75%</b>	<b>75 à 100%</b>
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 :					
La jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras :					
Au-dessus des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au niveau des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-dessous 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"/>

5. Pendant combien de temps le salarié doit-il maintenir les positions suivantes avant de pouvoir changer de position ou d'activité?

	<b>0 à 30 minutes</b>	<b>30 à 60 minutes</b>	<b>60 à 90 minutes</b>	<b>Plus de 90 minutes</b>
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"/>
Au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Milieu de travail  
et activités  
professionnelles  
(suite)**

6. Pendant une journée de travail normale, combien d'heures le salarié passe-t-il dans les positions suivantes?
- |                         | 0 à 2 heures             | 2 à 4 heures             | 4 à 6 heures             | 6 à 8 heures             |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Au volant d'un véhicule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Combien de temps le salarié consacre-t-il aux activités suivantes?

Parler	Écrire	Surveillance d'autres personnes
%	%	%

8. Veuillez indiquer les machines, outils ou autres appareils qu'utilise le salarié au cours de son travail. Vous pouvez indiquer le nombre de fois par jour qu'il les utilise ou le temps (en pourcentage) qu'il passe à s'en servir, selon la formule qui s'y prête le mieux.

Type d'équipement	Nbrs de fois par jour <u>OU</u> temps en pourcentage

**Renseignements  
complémentaires**

Veuillez fournir, en ce qui a trait à la demande de règlement, tout renseignement complémentaire qui n'a pas été fourni précédemment.


**Déclaration  
relative à la  
Partie 2**

À ma connaissance, les renseignements fournis à la Partie 2 du présent formulaire sont complets et véridiques.

Nom ( <i>VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES</i> )	Signature
Fonctions <span style="float: right;">Date</span>	
N° de téléphone <span style="float: right;">N° de télécopieur</span> (       ) <span style="float: right;">(       )</span>	

**CONSENTEMENT À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par la Western Life, Compagnie d'assurance-vie, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à [privacy@westernlife.com](mailto:privacy@westernlife.com) ou téléphonant au 1 888 647 5433 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.

**Veuillez envoyer le présent questionnaire, accompagné de tous les formulaires qui vous auront été remis par le salarié, à :**  
**UNISTAR SPECIAL RISKS INC.**

Suite 850, 10655 Southport Rd. SW, Calgary, Alberta T2W 4Y1  
Télécopieur 403-269-3939