

Veillez retourner le présent formulaire rempli et les documents à l'appui à l'adresse suivante :

Group Benefit Services

236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

1-844-318-0411. #4

F: 1-855-496-3028

[WawanesaLife-claims@wawanesa.com](mailto:WawanesaLife-claims@wawanesa.com)

[wawanesalife.com](http://wawanesalife.com)

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DE RÉGIME

Régime collectif n° \_\_\_\_\_ Compte n° \_\_\_\_\_

Promoteur du régime \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Ville Province Code postal

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANT AU RÉGIME

Participant au régime \_\_\_\_\_  
Nom Prénom Initiale

Numéro d'identification de la personne participant au régime \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS *S'il s'agit d'une demande de règlement CSPAAT/WSIB/CSST, veuillez joindre l'attestation médicale initiale et l'avis de règlement.*

Salaire de la personne participant au régime le dernier jour de travail \_\_\_\_\_  Taux horaire  Salaire mensuel  Salaire annuel

Date d'entrée en vigueur du salaire \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj)

Une demande de règlement a-t-elle été présentée à un autre fournisseur d'assurance salaire?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez en préciser l'identité  CSPAAT/WSIB/CSST  RPC/RRQ  Automobile  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Date de présentation de la demande de règlement \_\_\_\_\_ Décision \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj)

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Date d'entrée en vigueur de l'assurance \_\_\_\_\_ Date d'embauche \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj) (aa/mm/jj)

Dernière journée de travail \_\_\_\_\_ Heures travaillées \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj)

Les prestations salariales ou les prestations de congés de maladie versées jusqu'au: \_\_\_\_\_ En cas de mise à pied ou de congé, veuillez indiquer la date de début et la date de rappel  
(aa/mm/jj)

Date de début \_\_\_\_\_ Date de rappel \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj) (aa/mm/jj)

Classification:  Temps plein : heures par semaine \_\_\_\_\_  Temps partiel : heures par semaine \_\_\_\_\_

Veillez donner des précisions sur la semaine de travail typique de la personne participant au régime (par ex., du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h)

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI *suite*

Raison de l'absence :  Médicale  Absence autorisée  Congédiement  Mise à pied

Démission  Accident ou maladie lié au travail  Grève  Départ à la retraite

Autre \_\_\_\_\_

Est-ce que la personne participant au régime est retournée au travail?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez préciser la date \_\_\_\_\_ Si « Non », est-ce que la date de retour au travail est connue? \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj) (aa/mm/jj)

## RENSEIGNEMENTS SUR LE POSTE

Poste/titre de la personne participant au régime \_\_\_\_\_

Date de prise d'effet du poste/titre \_\_\_\_\_  
(aa/mm/jj)

Dans quel service la personne participant au régime travaille-t-elle? \_\_\_\_\_

Quelles sont les tâches principales associées au poste et quel pourcentage de temps y est associé?

Tâches	Pourcentage (%)

Pour les questions A, B et C, le terme fréquence se définit comme suit : Occasionnellement : 1 à 20 %; Fréquemment : 21 à 50 %; A toujours : 51+ %; N/A : Sans objet

### A. Milieu de travail – Le poste comporte-t-il les activités suivantes :

Fréquence

	O	F	A	N/A
Travail à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Froid ou chaleur extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapeurs toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fréquence

	O	F	A	N/A
Milieu humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hauteur ou sous terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation de produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B. Mobilité - Le poste comporte-t-il les activités suivantes :

	O	F	A	N/A
Vous tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<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"/>
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous tenir à genou ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	O	F	A	N/A
Vous pencher ou vous accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le bras au dessus de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le bras au niveau de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le bras au-dessous de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Force

Dans le cadre du poste, la personne participant au régime doit-elle porter plus de :

	O	F	A	N/A
50 lbs / 22.7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 lbs / 9.1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 lbs / 4.5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cadre du poste, la personne participant au régime doit-elle soulever plus de :

	O	F	A	N/A
50 lbs / 22.7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 lbs / 9.1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 lbs / 4.5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquer l'équipement utilisé par la personne participant au régime (p. ex., un ordinateur, une perceuse, etc.)

Type	Pourcentage (%) de la journée

## RENSEIGNEMENTS SUR LE POSTE suite

Veillez cocher la case qui correspond au laps de temps qui reflète avec le plus de précision le temps que la personne participant au régime doit consacrer aux activités suivantes avant de changer de posture ou d'activité.

	En même temps (minutes)				Par jour (heures)			
	0 à 30	30 à 60	60 à 90	>90	0 à 2	2 à 4	4 à 6	6-8
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne participant au régime passe combien de temps à faire ce qui suit :

Parler \_\_\_\_\_ %  
 Écrire \_\_\_\_\_ %  
 Supervision d'autres personnes \_\_\_\_\_ %

Des modifications ont-elles été apportées aux tâches de la personne participant au régime en raison du problème de santé?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez fournir des précisions et donner la date d'entrée en vigueur.

---



---

## RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Si, sur le plan médical, la personne participant au régime pouvait retourner au travail dans un cadre de réadaptation, une telle initiative peut-elle se réaliser? (p. ex., un retour au travail progressif, des tâches modifiées, du travail temporaire, du travail à temps partiel permanent, un poste de rechange temporaire, un poste de rechange permanent, etc.).

---



---



---

Avant le retour au travail de la personne participant au régime, y a-t-il des questions liées à l'emploi qu'il faut aborder? Si oui, veuillez donner des précisions.

---



---



---

Veillez confirmer la situation d'emploi actuelle de la personne participant au régime. S'il est mis fin à l'emploi, veuillez indiquer la date de fin d'emploi.

---



---



---

Veillez fournir tout renseignement additionnel qui, d'après vous, doit être pris en considération au moment d'évaluer la demande de règlement.

---



---



---

**CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, traiter les réclamations au titre de cette police et offrir d'autres produits et services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, ses mandataires, sociétés affiliées, partenaires, filiales, réassureurs, agences de notation et administratrices ou administrateurs autorisés à ces fins et peuvent être échangés entre elles ou eux, que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, la personne présentant la demande peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) ou en parlant à la personne responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

*J'atteste qu'à ma connaissance, les déclarations figurant ci-dessus sont véridiques et exactes.*

---

Nom

---

Titre

---

(aa/mm/jj)

---

Signature autorisée