

## EXONÉRATION DE PRIME DÉCLARATION DU PROMOTEUR DU RÉGIME

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME</b>	Numéro du régime collectif _____ Numéro de compte _____ Promoteur du régime _____ Adresse : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 100px;"> <span>Ville</span> <span>Province</span> <span>Code postal</span> </div> Téléphone : _____ Courriel : _____ Télécopieur : _____
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT AU RÉGIME</b>	Participant au régime _____ ID du participant au régime _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 100px;"> <span>Nom</span> <span>Prénom</span> <span>Initiale</span> </div>
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉMUNÉRATION</b>  <i>S'il s'agit d'une réclamation adressée au WCB, au WSIB ou à la CNESST, veuillez joindre le rapport initial sur la maladie ou la blessure et l'avis d'octroi.</i>	Salaire du participant au régime au dernier jour de travail _____ <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel Date d'entrée en vigueur du salaire _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div> Une réclamation a-t-elle été adressée à un autre fournisseur d'assurance salaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse est « oui », veuillez sélectionner un fournisseur <input type="checkbox"/> WCB/WSIB/CNESST <input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="checkbox"/> Assurance automobile <input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser) _____
<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI</b>	Date d'effet de l'assurance _____ Date d'embauche _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)</div> Dernier jour de travail _____ Nombre d'heures travaillées _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div> Salaire payé ou prestations de congé de maladie versées jusqu'au : _____ En cas de mise à pied ou de congé autorisé, date du début et du rappel _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div> Date du début _____ Date du rappel _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)</div> Catégorie d'employés : <input type="checkbox"/> Temps plein : nombre d'heures par semaine _____ <input type="checkbox"/> Temps partiel : nombre d'heures par semaine _____ Veuillez décrire la semaine de travail typique du participant au régime (p. ex., du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h)  Raison de l'absence : <input type="checkbox"/> Raison médicale <input type="checkbox"/> Absence autorisée <input type="checkbox"/> Congédiement <input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire <input type="checkbox"/> Départ <input type="checkbox"/> Accident au travail ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Grève <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Autre _____ Le participant au régime est-il de retour au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse est « oui », veuillez indiquer la date de retour _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div> Si la réponse est « non », veuillez indiquer la date de retour prévue _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div>
<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI</b>	Poste ou titre du participant au régime _____ Date d'entrée en fonction _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(jj-mm-aaaa)</div> Dans quel service le participant travaille-t-il? _____

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI**
*Suite*

Pour les questions A, B et C, la fréquence est définie comme suit :  
Q : occasionnellement : 1-20 %  
F : fréquemment : 21-50 %  
T : toujours : au moins 51 %  
S.O. : sans objet

Quelles sont les tâches essentielles de ce travail et quel pourcentage de temps nécessitent-elles?

Tâches	Pourcentage (%)

**A. Environnement de travail** – Le travail implique-t-il les conditions suivantes :

Fréquence	O	F	A	s.o.	Fréquence	O	F	A	s.o.
Travail à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Environnement humide	<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"/>	Travail en surface ou souterrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Émanations toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manipulation de substances chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Mobilité** – Le travail nécessite-t-il de :

Rester en position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendre les bras	<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"/>	Au-dessus des épaules	<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"/>	À la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sous les épaules	<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"/>	Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Force** – Le travail exige-t-il que le participant au régime porte des charges de plus de :

50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le travail exige-t-il que le participant au régime soulève des charges de plus de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer tout équipement utilisé par le participant au régime (p. ex., ordinateur, perceuse)

Type	Pourcentage (%) du temps

 Des modifications ont-elles été apportées aux fonctions du poste du participant au régime en raison du problème médical?  Oui  Non

Si la réponse est « oui », veuillez décrire les modifications et en indiquer la date de prise d'effet.

**COMMENTAIRES**

Veuillez donner tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, devrait être pris en considération dans l'évaluation de la présente demande.

*J'atteste que, à ma connaissance, les déclarations ci-dessus sont vraies et exactes.*

 \_\_\_\_\_  
Nom

 \_\_\_\_\_  
Titre

 \_\_\_\_\_  
(jj-mm-aaaa)

 \_\_\_\_\_  
Signature du signataire autorisé

**CONSENTEMENT RELATIF AUX 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, examiner les réclamations éventuellement adressées au titre de cette police et offrir des produits et des services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, ses mandataires, ses sociétés affiliées, ses partenaires, ses filiales, ses réassureurs, ses agences de notation et ses administrateurs autorisés et être échangés entre eux à ces fins, peu importe que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur 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 au responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.