

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

Group Benefit Services

400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

1-844-318-0411. #4

F: 1-855-496-3028

WawanesaLife-claims@wawanesa.com

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 :

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"/>

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 :

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 :

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 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