UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

# Demande de prestations d'assurance invalidité - Employeur

**Important :** Dès qu'un employé est absent du travail et pourrait avoir droit à des prestations d'invalidité, ou se qualifier pour l'exonération des primes, veuillez transmettre ce formulaire à l'assureur dans les plus brefs délais. Toute demande initiale doit inclure une déclaration de l'employeur, une déclaration de l'employé et une déclaration du médecin traitant dûment complétées et signées.

☐ Assurance invalidité de courte durée ☐ Assurance invalidité de longue durée ☐ Exonération des primes en cas d'invalidité

## Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de recueillir les renseignements personnels nécessaires concernant l'état de santé, les antécédents médicaux ainsi que l'admissibilité aux prestations.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- Procéder à une identification;
- Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

## Section B – Identification

1. N° de groupe _____ Division _____ Classe _____ N° de certificat _____
2. Nom _____ Prénom _____
3. Numéro d'assurance sociale* _____ _____ _____
4. Occupation régulière _____

* Remplir si la demande est imposable.

## Section C – Revenus

1. Date d'emploi _____ (A M J)
2. Salaire hebdomadaire brut de l'employé _____ $
3. Depuis quand l'employé gagne ce salaire? _____ (A M J)
4. Est-ce un salaire à commission? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, fournir les T4 des 2 dernières années
5. **Dernier jour de travail**
   - ☐ Temps plein Date _____ (A M J) Heure _____ ☐ AM ☐ PM
   - ☐ Dernier jour payé Date _____ (A M J) Heure _____ ☐ AM ☐ PM
6. **Jours de travail/semaine normale**

   ☐ DIM ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ JEU ☐ VEN ☐ SAM

   Nombre d'heures de travail par semaine régulière _____ heures

## Section D – Déclaration de l'employeur

1. Le poste de l'employé a-t-il été accommodé avant son arrêt de travail? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, précisez depuis quelle date A M J
   Type d'accomodement _____
2. Est-ce que l'employé a maintenu un horaire d'au moins 21 heures par semaine? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Non**, expliquez _____
3. L'employé s'est-il absenté davantage que la normale dans les semaines ou mois précédant son arrêt de travail? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, expliquez _____
4. Considérez-vous que cette demande est justifiée? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Non**, expliquez _____
5. Y a-t-il d'autres facteurs susceptibles d'influencer le retour au travail (problèmes professionnels, personnels, etc.)? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, expliquez _____
6. L'employé a-t-il eu une mise à pied/suspension/avis disciplinaire? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, expliquez _____
7. L'employé est-il de retour au travail? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, indiquez la date A M J Nombre d'heures _____ /semaine
8. L'employé a-t-il déjà présenté une demande d'invalidité? ☐ Oui ☐ Non
   Si **Oui**, indiquez la période d'absence du A M J au A M J
9. L'invalidité est-elle due à une maladie ou blessure attribuable au travail? ☐ Oui ☐ Non
10. Une demande de prestation a-t-elle été soumise à la CNESST / IVAC / SAAQ? ☐ Oui ☐ Non
    Si **Oui**, cette demande a-t-elle été acceptée? ☐ Oui ☐ Non
11. Le certificat est-il annulé? ☐ Oui ☐ Non
    Si **Oui**, depuis quelle date A M J
12. Est-ce que des facteurs liés au travail pourraient avoir contribué à cette invalidité ou avoir une influence sur le retour au travail de cet employé? ☐ Oui ☐ Non
    Si **Oui**, expliquez :

## Section E – Description de poste et exigences de l'occupation

1. Énumérer les principales tâches de son occupation et préciser le pourcentage de temps consacré par jour*

| Tâches | % |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

*** Veuillez joindre la description du poste si disponible**

## Section E – Description de poste et exigences de l'occupation (suite)

### Environnement de travail

**2.** Quel est le lieu de travail de l'employé? ☐ Bureau ☐ Domicile ☐ Ailleurs

**3.** Quel sont les facteurs environnementaux qui s'appliquent au poste occupé par l'employé?

| Facteurs environnementaux | Jamais | Occasionnel (1 % à 33 %) | Fréquent (34 % à 66 %) | Constant (67 % à 100 %) |
|---|---|---|---|---|
| Travail à l'extérieur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Environnement froid ou chaud extrême | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Environnement humide | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Poussière | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Produits dangereux | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fumées toxiques | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vibration | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**4.** Indiquer les équipements/outils utilisés par l'employé dans l'exécution de ses tâches de travail au cours d'une journée.

| Équipements/outils | % |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

### Exigences physiques

**5.** Sélectionner les éléments et indiquer la fréquence à laquelle l'employé effectue ces activités.

| Tâches | Jamais | Occasionnel (1 % à 33 %) | Fréquent (34 % à 66 %) | Constant (67 % à 100 %) | Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|
| Se pencher / S'accroupir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Rotation du tronc | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Préhension d'objet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Utilisation d'un clavier | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Utilisation répétitive des mains/bras | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Grimper | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Marcher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Ramper / S'agenouiller | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Position debout | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Position assise | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Conduire | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

### Exigences physiques – Manipulation de charges

**6.** Sélectionner la fréquence et indiquer les poids habituels et maximaux.

| Tâches | Jamais | Occasionnel (1 % à 33 %) | Fréquent (34 % à 66 %) | Constant (67 % à 100 %) | Poids habituel (lb/kg) | Poids maximal (lb/kg) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pousser | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Tirer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Soulever / Transporter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Prendre un objet à la hauteur des épaules | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| En dessous de la hauteur des épaules | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Au-dessus de la hauteur des épaules | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |

## Section E – Description de poste et exigences de l'occupation (suite)

### Exigences cognitives

**7.** Doit-il collaborer directement avec ses collègues? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, _____ % par jour

**8.** L'employé est-il principalement évalué sur sa production? ☐ Oui ☐ Non

**9.** A-t-il des employés sous sa responsabilité? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez combien : _____

**10.** Est-il responsable de la prise de décisions? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, ces décisions comportent-elles un risque financier? ☐ Oui ☐ Non

**11.** Est-ce qu'il doit résoudre des problèmes et les analyser? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez le nombre de fois _____ par jour et/ou pourcentage du temps _____ %

**12.** La gestion simultanée de plusieurs tâches est-elle une nécessité (multitâches)? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez le nombre de fois _____ par jour et/ou pourcentage du temps _____ %

**13.** Quel est le pourcentage de temps consacré aux activités suivantes?

Parler _____ % Écrire _____ % Supervision _____ %

### Accommodation

**14.** Y a-t-il d'autres postes au sein de votre entreprise pour lesquels l'employé pourrait être considéré comme qualifié? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez précisez _____

**15.** Le télétravail est-il autorisé? (Temps plein/partiel/hybride) ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, précisez _____

**16.** Pouvez-vous accommoder les tâches de travail et/ou offrir un retour progressif? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez détailler les mesures possibles _____

**17.** Des adaptations ergonomiques (chaise, poste de travail, accessoires) sont-elles disponibles? ☐ Oui ☐ Non

**18.** Des outils technologiques spécialisés (logiciels, aides, etc.) sont-ils disponibles? ☐ Oui ☐ Non

## Section F – Consentement et signature

En apposant sa signature, la personne autorisée pour ce groupe comprend que dans le cas où l'un des renseignements personnels de l'employé est inexact, incomplet ou ambigu, ce dernier pourra exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. L'employé a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

### Signature de la personne autorisée

- Je confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels;
- J'atteste avoir obtenu le consentement de l'employé quant à la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels contenus aux présentes;
- Je confirme l'exactitude des informations fournies au présent formulaire.

**X** _____ _____ Date A M J

Signature de la personne autorisée — Nom du signataire en lettres moulées

Nom de la compagnie _____ Titre de la personne autorisée _____

FR-5008A (2026-09)



UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.