

Important : À remplir par l'employeur en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de recueillir vos renseignements personnels afin d'obtenir les informations relatives à une perte d'emploi, notamment en accédant à l'identification de l'employeur.

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 – Renseignements de l'employé

1. Contrat n° _____
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date d'embauche

A	M	J
4. Dernier jour travaillé

A	M	J

 Dernier jour payé

A	M	J

Si les dates sont différentes, spécifiez la raison _____
5. Type d'emploi : ☐ Permanent ☐ Temporaire ☐ Saisonnier
☐ Contrat du

A	M	J

 au

A	M	J
6. Horaire régulier : ☐ Temps plein _____ heures/semaine ☐ Temps partiel _____ heures/semaine
7. Salaire brut hebdomadaire _____ \$
8. Gardez-vous le poste de l'assuré ouvert ? ☐ Oui ☐ Non
9. Y a-t-il eu cessation d'emploi ? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, le

A	M	J
10. Y a-t-il une date prévue de retour au travail ? ☐ Oui ☐ Non
Si **Oui**, le

A	M	J

 Retour à ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
11. Y a-t-il possibilité de travaux légers ? ☐ Oui ☐ Non
12. Y a-t-il possibilité d'un retour progressif ? ☐ Oui ☐ Non
13. Titre du poste occupé _____
14. Brève description des tâches de l'employé : **(si vous possédez déjà une description, veuillez joindre en annexe)**
15. Pourcentage de temps des exigences physiques de l'emploi :
Assis _____ % Marcher _____ % Pousser/tirer des objets _____ %
Debout _____ % Se plier _____ % Soulever des objets _____ %

Section C – Invalidité de l'employé

1. L'invalidité est-elle due à une maladie professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non
2. L'invalidité est-elle due à un accident ? ☐ Oui ☐ Non
3. Une demande a-t-elle été soumise à la CNESST ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, cette demande a-t-elle été acceptée ? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, approuvé le

A	M	J
4. À votre avis, cette demande est-elle justifiée ? ☐ Oui ☐ Non
Si **Non**, expliquez : _____

Section D – Identification de l'employeur

1. Nom de l'entreprise _____ Contact _____
2. Téléphone [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] poste _____ Télécopieur [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] []
3. Adresse (numéro, rue) _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
4. Qui est la personne à contacter si nous devons obtenir des informations supplémentaires concernant ce travailleur ?
Nom _____ Titre _____
Téléphone [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] poste _____

Section E – Consentement et signature

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un de ses renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, il peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Il 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**.

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Signature de l'employé

En tant que médecin traitant, je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels. En apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme l'exactitude des informations fournies.

X _____ Date [] [] [] [] [] []
Signature Nom du signataire en lettres moulées

Signature de l'employeur

En tant qu'employeur, je déclare agir en conformité avec les lois et règlements liés à la protection des renseignements personnels. En apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme l'exactitude des informations fournies.

Titre du signataire autorisé _____ Date [] [] [] [] [] []
X _____
Signature Nom du signataire en lettres moulées

