

Réclamation d'assurance invalidité

(Demande de prestations)

Déclaration de l'employeur ou de la personne à son compte

 Employeur

 Personne à son compte


Vous devez fournir une réponse complète à toutes les questions pour que nous puissions traiter votre demande

Numéro de contrat


A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE INVALIDE

Nom de la personne invalide	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----------------------------	--------	---------------------------------

B. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR (S'IL Y A LIEU)

Nom de l'employeur	Nom de la personne à contacter		
Adresse de l'employeur – N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone (indicatif rég. + numéro)	Poste :	N° de télécopieur (indicatif rég. + numéro)	

C. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Salaire hebdomadaire actuel	2. Date d'effet de ce salaire AAAA-MM-JJ	3. <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel		
4. Nombre d'heures de travail par semaine	5. Date d'entrée en service AAAA-MM-JJ	6. Profession		
7. Dernier jour complet de travail AAAA-MM-JJ	8. S'agit-il d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de l'accident AAAA-MM-JJ		
9. Détaillez le nombre d'heures travaillées au cours de chacune des 4 semaines précédant le début de l'invalidité :				
	Du	Au	Nombre d'heures	Expliquez les périodes de moins de 20 heures
Semaine 1	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ		
Semaine 2	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ		
Semaine 3	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ		
Semaine 4	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ		
10. Pendant la période d'invalidité, la personne invalide a-t-elle touché ou touchera-t-elle des sommes d'argent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :				
<input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Congé de maladie <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Montant forfaitaire <input type="checkbox"/> autre : _____				
Montant :		Période payée du : AAAAA-MM-JJ	au : AAAAA-MM-JJ	
Nom des compagnies d'assurances :		N° police :	N° certificat :	
11. Si la personne invalide est actuellement enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été ou sera-t-elle présentée à la CNESST (auparavant la CSST)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
12. Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :				
<input type="checkbox"/> CNESST ou tout autre organisme équivalent		<input type="checkbox"/> Retraite Québec (RRQ)/RPC		<input type="checkbox"/> SAAQ
<input type="checkbox"/> Assurance-emploi (perte d'emploi ou maladie)		Autre : _____		
Date de la demande : AAAAA-MM-JJ		Décision rendue :		Montant :
13. La personne invalide est-elle retourné au travail? Si oui, à quelle date? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAAA-MM-JJ			14. S'agit-il d'une assignation temporaire? Si oui, depuis quelle date? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAAAA-MM-JJ	
 Joindre les documents du médecin ou de la CNESST.				
15. L'assiduité au travail de la personne invalide a-t-elle été affectée pour cause de maladie ou d'accident au cours des 2 dernières années précédant le début de l'invalidité actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date des absences				

Nom de la personne invalide	Prénom	Date de naissance YYYY-MM-DD
-----------------------------	--------	---------------------------------

C. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (SUITE)

16. La personne invalide est-elle encore à votre service? Oui Non Si non, date de son départ **AAAA-MM-JJ**
Raison: _____


17. Au cours de la dernière année:

a) Le niveau ou la nature des responsabilités de la personne invalide ont-ils été modifiés? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____

b) Les tâches de la personne invalide ont-elles été modifiées? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____


c) À votre avis, l'état de santé actuel de la personne invalide est-il lié au travail? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____

D. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE L'EMPLOI

 Joindre une description de tâches, si disponible.

1. Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

Tâches	%	Tâches	%
Tâches	%	Tâches	%

 Fréquence, pour les questions 2 et 3 :
Occasionnellement: 0-15% du temps Fréquemment: 16-50% du temps Continuellement: 51% du temps et +

2. Milieu de travail – L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

Fréquence:	O	F	C	Fréquence:	O	F	C	Fréquence:	O	F	C
<input type="checkbox"/> 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"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<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"/> Fumées toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manutention de produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'emploi implique-t-il d'autres risques? Oui Non Si oui, veuillez les énumérer: _____

3. Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous et indiquez l'information requise.

Fréquence:	O	F	C	Fréquence:	O	F	C	Fréquence:	O	F	C
<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de sa tête	<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"/> S'agenouiller	<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"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> escaliers (nb de marches _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> échelles (hauteur _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décrivez l'activité et indiquez la fréquence et le poids:

<input type="checkbox"/> Pousser _____	Fréquence:	O	F	C	Poids
<input type="checkbox"/> Tirer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par la personne invalide au cours de son travail.

Type d'équipement	N ^{bre} fois/jour	Type d'équipement	N ^{bre} fois/jour
_____	_____	_____	_____

4. L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____

5. L'emploi requiert-il de la dextérité? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____

6. Y a-t-il d'autres facteurs liés au travail qui pourraient avoir une influence sur le retour au travail de cet employé? Oui Non Si oui, veuillez expliquer: _____

E. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Signature de la personne autorisée _____ Date _____