

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-800-667-4511
TÉLEC. : 1-800-644-1722

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-800-667-4511
TÉLEC. : 1-800-644-1722

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-800-355-9133
TÉLEC. : 416-626-0400

CP 668 SUCCURSALE B
MONTRÉAL QC H3B 3K3
TÉL. : 1-800-456-6595
TÉLEC. : 1-844-244-8198
salaire@medavie.croixbleue.ca

| | |
|--|---|
| Nom du groupe : SOFINA FOODS INC. | <input type="checkbox"/> Remplacement du salaire <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes |
| Numéro de magasin/lieu de travail : _____ | |
| Numéro de police : 91839 Division : _____ | |

| | | |
|---|--------|----------|
| Nom de l'employé : | | |
| Nom de famille | Prénom | Initiale |
| <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme NAS : _____ Dernier jour de travail : _____ | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> | | |
| Emploi occupé de l'employé à son dernier jour de travail : _____ (Veuillez utiliser le verso pour élaborer ou joignez la description de poste officielle) | | |
| Est-ce que le poste de l'employé est maintenu pour lui? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de naissance: _____ | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> | | |
| Y a-t-il d'autres postes au sein de votre entreprise pour lesquels l'employé serait qualifié? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez élaborer : _____ | | |
| Date de retour au travail : _____ | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> | | |

L'état de l'employé est-il attribuable à une maladie professionnelle ou un accident de travail (passé ou récent)? Oui Non
(Si oui, veuillez joindre une copie de la correspondance avec la COMMISSION DE LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL)

L'employé a-t-il déjà présenté une demande pour un état semblable? Oui Non Si oui, indiquez les dates de paiement et l'assureur :

Du : _____ Au : _____ Assureur : _____

AAAA
MM
JJ
AAAA
MM
JJ

Assiduité - Indiquez le nombre de jours pendant lesquels l'employé a dû s'absenter du travail en raison de sa maladie :
 _____ au cours de l'année dernière _____ moyenne des dernières années

Veuillez indiquer les dates pendant lesquelles l'employé était couvert pour : remplacement du salaire, congé de maladie payé, vacances payées, autre.

Type de revenu
AAAA
MM
JJ
Type de revenu
AAAA
MM
JJ

| | |
|---|--|
| Date du début de l'emploi : _____ | Date d'effet de la couverture de l'employé : _____ |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> |
| Catégorie d'employé : _____ | |
| Salaire de l'employé au dernier jour de travail : <input type="checkbox"/> de l'heure _____ heures/semaine <input type="checkbox"/> À commission <input type="checkbox"/> par semaine Si à commission, joindre le T4 de l'année passée. <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> retenu sur les paiements par période de paie _____ \$ _____ , \$ _____ , \$ | |
| Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire qui pourrait être utile pour l'analyse de la présente demande. _____ _____ | |

| | | |
|--|--------|----------|
| Administrateur de régimes collectifs : _____ | | |
| Nom de famille | Prénom | Initiale |
| Titre : _____ Téléphone : (_____) _____ Télécopieur : (_____) _____ | | |
| Signature : _____ Date : _____ | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> AAAA MM JJ </div> | | |

DESCRIPTION DE POSTE

IMPORTANT : Tous les renseignements fournis doivent s'appliquer aux tâches habituelles de l'employé immédiatement avant sa maladie ou sa blessure.

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Nom de l'employé : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} | N° de police : | N° d'identification : |
| Titre du poste : | Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste? | |

Ce poste comprend-il du travail par quarts? Oui Non Heures de travail habituelles chaque jour De _____ à _____

| Tâches et activités du poste (Indiquez la plus importante en premier.) | Heures par jour |
|--|-----------------|
| 1. _____ / _____ | _____ |
| 2. _____ / _____ | _____ |
| 3. _____ / _____ | _____ |
| 4. _____ / _____ | _____ |
| 5. _____ / _____ | _____ |

MOBILITÉ

| Activités | Oui / Non | Fréquence (N ^{brc} de fois par jour / d'heures par jour) | Activités | Oui / Non | Fréquence (N ^{brc} de fois par jour / d'heures par jour) |
|--------------------------|-----------|---|---|-----------|---|
| S'asseoir | | | Conduire | | |
| Se lever | | | Rester dans la même position pendant plus d'une heure | | |
| Marcher | | | Prendre un objet au-dessus des épaules | | |
| Grimper | | | Prendre un objet à la hauteur des épaules | | |
| Se pencher / s'accroupir | | | Prendre un objet au-dessous de la hauteur des épaules | | |
| S'agenouiller | | | | | |

FORCE

| Activités | Fréquence | | | | | Poids | | Commentaires |
|--------------------|--------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|---------|--------------|
| | Non exécutée | Non exécutée quotidiennement | Jusqu'à une heure par jour | De une à trois heures par jour | Plus de trois heures par jour | Habituel | Maximal | |
| Lever | | | | | | | | |
| Pousser | | | | | | | | |
| Tirer | | | | | | | | |
| Dextérité manuelle | | | | | | | | |

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL Veuillez fournir des renseignements sur les activités et les facteurs environnementaux suivants relativement au poste occupé par l'employé.

| Activités | | Fréquence / durée | Activités | | Fréquence / durée |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------|--|--------------------------|-------------------|
| Travail à l'intérieur | <input type="checkbox"/> | | Zone glissante | <input type="checkbox"/> | |
| Travail à l'extérieur | <input type="checkbox"/> | | Outils (tranchants, dangereux) | <input type="checkbox"/> | |
| Température (chaud / froid) | <input type="checkbox"/> | | Équipement (électrique, vibrant, motorisé) | <input type="checkbox"/> | |
| Environnement humide ou sec | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Poussière | <input type="checkbox"/> | | Déplacements | <input type="checkbox"/> | |
| Fumées toxiques | <input type="checkbox"/> | | Travail en solitaire | <input type="checkbox"/> | |
| Bruit (niveau) | <input type="checkbox"/> | | Travail en groupe | <input type="checkbox"/> | |
| Déplacement d'objets | <input type="checkbox"/> | | Interactions avec le public | <input type="checkbox"/> | |

Signature du superviseur direct : _____ Téléphone : (_____)

Poste ou titre : _____

Par les présentes, j'atteste que j'ai lu attentivement cette description de poste et que je considère qu'elle constitue un compte rendu juste et fidèle de mes tâches habituelles.

Signature de l'employé : _____ Date : _____