

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 : _____		
AAAA MM JJ		
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: _____		
AAAA MM JJ		
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 : _____		
AAAA MM JJ		

L'état de l'employé est-il attribuable à une maladie professionnelle ou un accident de travail (passé ou récent)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : _____
AAAA MM JJ	AAAA MM JJ
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	
Si à commission, joindre le T4 de l'année passée.	
<input type="checkbox"/> par semaine \$ _____	
<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 : _____		
AAAA MM JJ		

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 : _____