

## Formulaire de l'employeur - Avis d'absence d'un employé pour l'invalidité court

### Information importante

Tous les champs doivent être remplis. Pour toute information supplémentaire, veuillez nous contacter au (514) 284-1010 poste 21 ou 1-888-722-6939.

Veuillez retourner ce formulaire complété par courriel au [unistar@medial.ca](mailto:unistar@medial.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, veuillez retourner ce formulaire complété par télécopieur au (514) 767-7004.

### Section 1 : Compagnie

Nom de la compagnie:	
Nom de l'administrateur du plan de bénéficiaires:	
Numéro de police:	
Date de complète :	(JJ/MM/AAAA)

### Section 2 : Personne désignée par la compagnie

Nom de famille :	
Prénom :	
Poste occupé :	
Téléphone au travail :	
Poste :	
Courriel :	
Télécopieur :	

### Section 3 : Renseignements sur l'employé

Nom de famille :	
Prénom :	
Date de naissance :	(JJ/MM/AAAA)
Numéro de l'employé :	
Date d'embauche :	(JJ/MM/AAAA)
Poste occupé :	
Date d'admissibilité de l'employé(e) au régime d'assurance :	(JJ/MM/AAAA)
Date à laquelle l'employé(e) a joint le régime d'assurance:	(JJ/MM/AAAA)

Téléphone au travail:	
Numéro d'assurance social:	
Poste:	
Affiliation syndicale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non spécifié
Langue de préférence de l'employé(e):	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
Téléphone à la maison:	
Adresse:	
Ville :	
Province:	
Code Postal:	

#### Section 4 : Information salariale

Temps partiel     Temps plein     Non spécifié

Salaires: \$ par:  Horaire  Par jour  Mensuel  Annuel

**Veillez fournir l'horaire normal de travail de l'employé**  
(le nombre d'heures par jour selon l'horaire habituel)

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

#### Est-ce que l'employé a fait une demande de prestation avec une autre compagnie ?

Si oui, veuillez l'indiquer ci-bas.

Compagnie:	
Type d'assurance:	
Montant des bénéfices:	par: <input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Autre _____
Bénéfices imposable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non spécifié
Couverture au-dessus du maximum de non-évidence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non spécifié

#### Indiquer quels types de prestation ont été soumis, sont reçus ou seront reçus des organismes ou sources suivants :

<input type="checkbox"/> Régie des rentes du Québec ou du Canada *	Amount:	\$
<b>* Note Importante : Assurez-vous de fournir une copie de « l'avis de droit » ou de la lettre de « refus ».</b>		
<input type="checkbox"/> Assurance automobile	Amount:	\$
<input type="checkbox"/> Commission de santé et sécurité au travail (CSST/WCB)	Amount:	\$
<input type="checkbox"/> Pension de retraite	Amount:	\$
<input type="checkbox"/> Assurance emploi	Amount:	\$
<input type="checkbox"/> Autre	Amount:	\$

## Section 5 : Exigences liées au poste de travail

Description de l'environnement de travail:

\*Autre:

Légende	
<b>Occasionnellement</b>	moins de 33% de la journée de travail
<b>Fréquemment</b>	34% à 66% de la journée de travail
<b>Constamment</b>	plus de 67% de la journée de travail

Exigences physiques	N/A	Occasionnellement	Fréquemment	Constamment
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever et transporter des poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids:	<input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> Kgs		
Monter et descendre des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail exigeant l'élévation des bras au-dessus des épaules	<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"/>
Exposition à la chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un ordinateur, souris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être en contact direct avec la clientèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit suivre des instructions détaillées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit demeurer concentré pour des périodes prolongées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des décisions complexes liées au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit voyager en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superviser ou coordonner le travail d'employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Section 6 : Renseignements sur l'absence

Premier jour d'absence :

(JJ/MM/AAAA)

Type d'absence :

ICD       ILD

Premier jour des bénéfices:

(JJ/MM/AAAA)

Durée du plan de bénéfices :

Type de réclamation:

La maladie ou l'accident a-t-il eu lieu lorsque l'employé était en vacances ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non spécifié
Date prévue de retour de vacances:	(JJ/MM/AAAA)		
À votre connaissance, l'employé a-t-il été confronté à un problème de performance ou d'environnement, à des changements importants, à des conflits ou à un problème d'absentéisme ?	<input type="checkbox"/> Oui *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non spécifié
* Si oui, veuillez spécifier :			

Section 7 : Retour au travail	
L'employé est-il retourné au travail ?	<input type="checkbox"/> Yes * <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Specified
* Si oui, date de retour:	(JJ/MM/AAAA)
* Si oui, l'employé est retourné au travail :	* Si oui, veuillez spécifier :

Section 8 : Disponibilité de travail en tâches modifiées
Afin de favoriser un retour au travail rapide et sécuritaire, laquelle/lesquelles des solutions suivantes peuvent être envisagées ?
<input type="checkbox"/> Retour au travail progressif (heures limitées) <input type="checkbox"/> Restriction des contacts avec clients externes <input type="checkbox"/> Restriction du temps passé en position assise <input type="checkbox"/> Restriction du temps passé en position debout <input type="checkbox"/> Restriction du temps passé à soulever et à transporter des poids <input type="checkbox"/> Restriction des activités exigeant l'élévation des bras au-dessus des épaules <input type="checkbox"/> Restriction de l'utilisation répétitive des membres supérieurs

Section 9 : Commentaires
Comments:

Section 10 : Information importante
<p><b>Assurez-vous de fournir à l'employé le formulaire médical à faire compléter.</b></p> <p><b>Pour plus d'information, SVP nous joindre par courriel à l'adresse suivante : <a href="mailto:unistar@medial.ca">unistar@medial.ca</a></b></p>