

**CONFIDENTIALITÉ** : Ce document est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. L'information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire visé ou la personne chargée de le remettre à son destinataire, vous êtes, par la présente, avisé que toute lecture, usage, copie ou communication du contenu de ce document est strictement interdit. De plus, vous êtes prié de communiquer avec l'expéditeur sans délai ou d'écrire à [confidentialite@bnc.ca](mailto:confidentialite@bnc.ca) et de détruire ce document immédiatement.

**CONFIDENTIALITY**: This document is intended solely for the individual or entity to whom it is addressed. The information contained in this document is legally privileged and confidential. If you are not the intended recipient or the person responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby advised that you are strictly prohibited from reading, using, copying or disseminating the contents of this document. Please inform the sender immediately or write to [confidentiality@bnc.ca](mailto:confidentiality@bnc.ca) and delete this document immediately.

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR OU TRAVAILLEUR AUTONOME

**Afin que nous puissions évaluer judicieusement la demande de la personne assurée, veuillez répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.**

1. Date d'embauche (employeur) ou date de création de l'entreprise (travailleur autonome) (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_
2. Occupation (titre du poste) (Veuillez joindre une description de tâches) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Les questions 3 à 7 concernent le TRAVAILLEUR AUTONOME. Si vous êtes l'EMPLOYEUR de la personne assurée, veuillez passer à la question 8.**

3. Veuillez fournir une description de vos tâches, le nombre d'heures de travail effectuées par semaine ainsi que vos responsabilités avant votre invalidité :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Veuillez fournir une description de vos tâches et responsabilités depuis votre invalidité :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Qui gère votre entreprise en ce moment ?

a) \_\_\_\_\_  
Prénom et nom N° de téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal)

6. Avez-vous des employés :  Non  Oui Si oui, combien : \_\_\_\_\_
7. Avez-vous engagé de nouveaux employés afin de combler votre absence ?  Non  Oui Si oui, combien : \_\_\_\_\_
8. Veuillez indiquer le pourcentage des tâches qui demandent : un effort physique \_\_\_\_\_ des tâches administratives \_\_\_\_\_

**a) Indiquez combien de fois par jour sont posés les actes suivants :**

**SOULÈVEMENT** (y compris l'action de pousser ou de tirer tout en restant sur place)

- 1 - 10 lb (0,5 à 4,5 kg) : \_\_\_\_\_  
 10,1 - 25 lb (4,6 à 11,3 kg) : \_\_\_\_\_  
 25,1 - 50 lb (11,4 à 22,7 kg) : \_\_\_\_\_  
 50,1 lb ou plus (22,8 kg ou plus) : \_\_\_\_\_

**PORT** (y compris l'action de pousser ou de tirer en marchant)

- 1 - 10 lb (0,5 à 4,5 kg) : \_\_\_\_\_  
 10,1 - 25 lb (4,6 à 11,3 kg) : \_\_\_\_\_  
 25,1 - 50 lb (11,4 à 22,7 kg) : \_\_\_\_\_  
 50,1 lb ou plus (22,8 kg ou plus) : \_\_\_\_\_

**b) Indiquez la fréquence de temps consacrée à chaque action dans une journée :**

**Occasionnellement (O) : 0-15 % du temps / Fréquemment (F) : 16-50 % du temps / Continuellement (C) : 51 % du temps et plus**

O/F/C

\_\_\_\_\_ S'asseoir  
\_\_\_\_\_ Se tenir debout  
\_\_\_\_\_ Marcher  
\_\_\_\_\_ Marcher en terrain accidenté ou glissant  
\_\_\_\_\_ S'accroupir  
\_\_\_\_\_ S'agenouiller  
\_\_\_\_\_ Grimper (échelles)  
\_\_\_\_\_ Subir des vibrations  
\_\_\_\_\_ Se pencher

O/F/C

\_\_\_\_\_ Travailler avec d'autres  
\_\_\_\_\_ Dextérité des doigts  
\_\_\_\_\_ S'étendre pour saisir un objet **au-dessous** des épaules  
\_\_\_\_\_ S'étendre pour saisir un objet **au-dessus** des épaules  
\_\_\_\_\_ À l'extérieur  
\_\_\_\_\_ À l'intérieur  
\_\_\_\_\_ Environnement humide  
\_\_\_\_\_ Froid ou chaleur extrême  
\_\_\_\_\_ Fumées toxiques

9. Dernier jour travaillé (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

10. Raison de l'arrêt de travail (vacances, mise à pied, maladie, accident, etc.) : \_\_\_\_\_

11. L'invalidité est-elle couverte par une assurance salaire ?  Non  Oui

a) Dans l'affirmative, précisez le nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

12. Un arrêt de travail a-t-il eu lieu dans les cinq (5) dernières années ?  Non  Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez préciser la raison, la durée ainsi que les dates de l'arrêt de travail (pour chacun des arrêts de travail) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. L'invalidité actuelle relève-t-elle d'une loi sur les accidents de travail ?  Non  Oui

14. Indiquez les heures de travail d'une semaine normale : \_\_\_\_\_  
Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

15. Date de retour au travail : \_\_\_\_\_  
Travail régulier (AAAA MM JJ) Travaux légers (AAAA MM JJ)  
\_\_\_\_\_  
Temps plein (AAAA MM JJ) Temps partiel (AAAA MM JJ)

16. Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal)

\_\_\_\_\_  
N° de téléphone

\_\_\_\_\_  
N° de télécopieur

\_\_\_\_\_  
Nom et titre en caractères d'imprimerie

**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA MM JJ) Signature

**Prière de signer et de dater tout document que vous annexerez.**