

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 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 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

X

Date (AAAA MM JJ)

Signature

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