

# Invalidité – Questionnaire sur les exigences du travail



La Sun Life s'engage à respecter la confidentialité des renseignements personnels des participants.

Le promoteur de régime remplit ce questionnaire. Si le participant est absent pendant 4 semaines ou plus, envoyez ce document avec la Déclaration du promoteur du régime.

Les renseignements dans la déclaration servent à évaluer l'absence du travail du participant. Cette déclaration fait partie du dossier invalidité du participant. Nous la transmettrons au participant s'il demande l'accès à son dossier.

## 1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat		Subd./Catégorie		Numéro de participant		Numéro de division/d'unité de facturation	
Nom de famille (nom de jeune fille pour les résidents du Québec)				Prénom			
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Nom de l'entreprise			
Titre du poste/Profession habituelle							

## 2 Milieu de travail et activités professionnelles

Le reste du formulaire porte sur les tâches spécifiques du participant et devrait être rempli par le supérieur hiérarchique immédiat du participant.

Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin.

S'il existe déjà une description de tâches du participant, veuillez la joindre au présent formulaire.

1. Dans le cadre de son travail, le participant est-il appelé à travailler dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :

À l'extérieur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%
Dans un froid ou une chaleur intense	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%
Dans un milieu humide	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%
Dans un milieu bruyant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%
Dans un milieu poussiéreux ou mal aéré	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%
Près de vapeurs toxiques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage.	<input type="text"/>	%

2. Le participant manipule-t-il des produits chimiques dans le cadre de son travail?  Non  Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer lesquels ci-dessous.


3. Dans le cours normal de son travail, indiquez en pourcentage le temps que le participant passe à soulever ou à transporter les poids ci-dessous.

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
plus de 50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Milieu de travail et activités professionnelles (suite)

4. Lorsque le participant remplit ses fonctions habituelles, quel pourcentage de son temps consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conduire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
atteindre des objets placés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus haut que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la hauteur de ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus bas que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pendant combien de temps le participant doit-il maintenir les positions suivantes avant de pouvoir changer de position ou d'activité?

	0 à 30 minutes	30 à 60 minutes	60 à 90 minutes	plus de 90 minutes
travail en position assise continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail en position debout continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Pendant une journée de travail normale, combien d'heures le participant passe-t-il dans les positions suivantes?

	0 à 2 heures	2 à 4 heures	4 à 6 heures	6 à 8 heures
position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Veuillez indiquer les machines, outils ou autres appareils qu'utilise le participant au cours de son travail. Vous pouvez indiquer le nombre de fois par jour qu'il les utilise ou le temps (en pourcentage) qu'il passe à s'en servir, selon la formule qui s'y prête le mieux.

Type d'équipement	Nombre de fois par jour OU temps en pourcentage

8. Aspects cognitifs/non physiques du travail

- Le participant doit-il répondre à des plaintes?  Oui  Non
- Son évaluation est-elle principalement basée sur sa production?  Oui  Non
- Travaille-t-il en étroite collaboration avec des collègues?  Oui  Non
- Est-il responsable de l'atteinte des objectifs de rendement et de la prise de décisions dans son service?  Oui  Non

Nombre de personnes qui relèvent du participant :

Quel pourcentage de son temps le participant passe-t-il à effectuer les activités suivantes?

Parler	Écrire	Superviser d'autres employés
%	%	%

Veuillez indiquer tout autre aspect du travail qui peut être considéré comme stressant.

--

### 3 Observations complémentaires

Veillez fournir, en ce qui a trait à la demande de règlement, tout renseignement complémentaire qui n'a pas été fourni précédemment.


### 4 Déclaration

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Nom de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	Prénom
Poste de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	
Signataire autorisé <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement venant appuyer la demande de règlement du participant, par télécopieur au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life, qui gère vos demandes de règlement, au numéro indiqué ci-dessous. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Si vous ne pouvez nous transmettre l'information par télécopieur, veuillez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée.

**Halifax :**  
Télec. : 1-866-639-7850  
CP 11480 Succ CV  
Montréal QC H3C 5P5

**Montréal :**  
Télec. : 1-866-639-7846  
CP 11037 Succ CV  
Montréal QC H3C 4W8

**Toronto :**  
Télec. : 1-866-639-7851  
CP 950 Succ A  
Toronto ON M5W 1G5

**Kitchener - Waterloo :**  
Télec. : 1-866-209-7215  
CP 100 Succ C  
Kitchener ON N2G 3W9

**Edmonton :**  
Télec. : 1-866-639-7820  
CP 2733 Succ Main  
Edmonton AB T5J 5C9

**Vancouver :**  
Télec. : 1-866-639-7829  
CP 48810 Succ Bentall  
Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.