

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Règlements d'invalidité  
1900 Albert Street, Regina SK S4P 4K8

Télé. : 1-866-889-9926

Courriel : [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca)

## DIRECTIVES

Retourner le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Participant-e \_\_\_\_\_  
Prénom Initialle Nom de famille

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS DU OU DE LA PRESTATAIRE DE SOINS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie (« Co-operators ») s'engage à contribuer au maintien de la santé des participants et participantes ainsi qu'à leur rétablissement en cas de maladie ou de blessure. Nous nous efforçons de leur permettre de rester au travail ou de reprendre leurs fonctions dès que cela est possible sur le plan médical, en leur proposant des mesures d'accommodement adaptées à leurs besoins. Pour ce faire, votre collaboration est requise.

Le présent formulaire sur les capacités fonctionnelles nous aidera à offrir un programme de travail personnalisé à la personne concernée. Remplissez-le au meilleur de vos connaissances.

**Nous vous prions de n'inclure aucune information relative aux diagnostics ou aux traitements (incluant la médication).**

Si des frais sont exigés pour remplir ce formulaire, veuillez remettre à votre patient-e un reçu attestant le paiement intégral.

Nous lui rembourserons les honoraires professionnels perçus pour remplir ce formulaire, à concurrence de la limite suggérée par l'association médicale de la province pour ce type de service.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date de la visite \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Le problème médical est-il lié au travail?  Oui  Non Un plan de traitement a-t-il été recommandé ou prescrit?  Oui  Non

Est-ce que le traitement suivi ou la médication prise peut compromettre l'exercice sécuritaire des fonctions au travail?  Oui  Non

Si oui, préciser. \_\_\_\_\_

Selon votre examen, cette personne pourrait :

- Faire son travail sans restrictions.
- Faire son travail selon les capacités définies à la section Capacités fonctionnelles.
- Ne pas être apte à faire son travail.

Date de réévaluation \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Capacités physiques	Capacités habituelles 8 heures	Fréquemment Jusqu'à 5,5 heures	Occasionnellement Jusqu'à 2,5 heures	Rarement Jusqu'à 30 minutes	Capacités restreintes Aucune activité
Rester en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher/faire une torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers ou échelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever les bras au-dessus de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RENSEIGNEMENTS DU OU DE LA PRESTATAIRE DE SOINS (SUITE)

Conduire	<input type="checkbox"/> Capable <input type="checkbox"/> Incapable Si incapable, préciser: _____				
Dextérité manuelle	<input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Grossière <input type="checkbox"/> Répétitive				
Pousser et tirer Restriction de poids	0 à 20 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	21 à 35 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	36 à 50 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	51 à 100 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
Soulever des charges Restriction de poids	0 à 20 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	21 à 35 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	36 à 50 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	51 à 100 lb <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
Force de la main gauche	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et résistance musculaire normale	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et résistance musculaire réduite	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et aucune résistance musculaire	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement réduite et aucune résistance musculaire	<input type="checkbox"/> Aucune amplitude de mouvement et contraction musculaire palpable uniquement
Force de la main droite	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et résistance musculaire normale	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et résistance musculaire réduite	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement complète et aucune résistance musculaire	<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement réduite et aucune résistance musculaire	<input type="checkbox"/> Aucune amplitude de mouvement et contraction musculaire palpable uniquement

Capacités cognitives	Capacités habituelles 8 heures	Fréquemment Jusqu'à 5,5 heures	Occasionnellement Jusqu'à 2,5 heures	Rarement Jusqu'à 30 minutes	Capacités restreintes Aucune activité
Vigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions critiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résolution de problèmes avec rapidité et exactitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts interpersonnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération d'équipement motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition au froid ou à la chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à la poussière, aux émanations ou aux odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux agents chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les restrictions s'appliquent du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Heures complètes \_\_\_\_\_ Heures progressives \_\_\_\_\_  par jour  par semaine

### COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Veillez fournir toute explication nécessaire au sujet des restrictions ou des limitations que vous avez indiquées, ou ajouter des précisions sur toute autre limitation ou restriction qui n'a pas été abordée dans la liste ci-dessus.

---



---



---

## AUTORISATION

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Formulaire rempli par \_\_\_\_\_ Nom du/de la prestataire de soins \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_

Signature du/de la prestataire de soins \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Signature d'une personne autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

## PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

### Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels ainsi que les coordonnées de notre Bureau de la protection de la vie privée à [cooperators.ca/vie-privee](http://cooperators.ca/vie-privee).