



Demande d'évaluation médicale à l'intention du Groupe de Gestion de l'Invalidité (GGI)-BC 1807

Faire parvenir la demande par télécopieur ou courriel à :

La Financière Manuvie (confidentiel)
Groupe de gestion de l'invalidité
2000, Mansfield street
P.O Box 395, STN Place-D'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1
Téléphone: (514) 287-4393 * (1-866) 364-4393
Télécopie: (514) 287-4394 * (1-866) 364-4394
Courriel : belldmg@manuvie.com

Date :

Année	Mois	Jour		

Il est entendu qu'avant de procéder à l'envoi de cette demande, le supérieur immédiat de l'employé(e) concerné(e) s'engage à faire connaître à l'employé(e) les raisons de cette demande d'évaluation médicale. Celui-ci doit discuter avec l'employé(e) du contenu et du but de la demande. L'employé(e) doit aussi être informé(e) qu'un rapport concernant les recommandations du Groupe de Gestion de l'Invalidité sera, suite à cet examen, fourni à la direction de ce même employé, sans toutefois préciser le diagnostic/condition médicale, qui est confidentiel. L'employé(e), ainsi informé(e), consent à se soumettre à cette évaluation selon ces mêmes modalités.

Date où le supérieur immédiat qui formule la demande a discuté avec l'employé(e) concerné(e) de cette demande :

Année	Mois	Jour		

Informations à être complétées par le demandeur (Note : L'information contenue ici, selon la Loi de la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, peut être transmise à l'employé(e) qui en fait la demande.)

Identification de l'employé(e) concerné(e)

Nom de l'employé(e) : _____ Numéro d'employé(e) : _____
Code de structuration : _____ Date de naissance : _____
Titre d'emploi : _____ Service : _____
Adresse au bureau : _____ Numéro de téléphone : _____
Ancienneté à la compagnie : _____ au poste actuel : _____

Identification du supérieur qui formule la demande

Nom du supérieur : _____ Titre : _____
Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____
Code de structuration : _____ Courriel : _____

Identification du niveau hiérarchique CP4 pour la facturation

Nom du CP4 : _____ Titre : _____
Adresse : _____ Numéro d'employé(e) : _____
Code de structuration : _____ Numéro de téléphone : _____
Courriel : _____

Informations additionnelles

Afin de nous aider dans la planification des rendez-vous, s'il vous plaît, nous préciser les dates ou périodes où l'employé(e) concerné(e) ne sera pas disponible :

Relevés des absences depuis les 2 dernières années
(Inscrire également les périodes de restrictions et/ou de temps partiel durant ces années)

Dates :	Raisons telles que fournies par l'employé(e) (utiliser un de ces termes : médical, accident ou personnel si disponible)	Dates :	Raisons telles que fournies par l'employé(e) (utiliser un de ces termes : médical, accident ou personnel si disponible)
Du : _____ au : _____	_____	Du : _____ au : _____	_____
Du : _____ au : _____	_____	Du : _____ au : _____	_____
Du : _____ au : _____	_____	Du : _____ au : _____	_____
Du : _____ au : _____	_____	Du : _____ au : _____	_____

Raisons et commentaires motivant la présente demande (*au besoin, utiliser une note annexée)

Note au demandeur : Il est à noter qu'il est primordial que le demandeur identifie le plus possible et de façon objective les détails de la situation jugée comme problématique.

Raisons

Absentéisme :	<input type="checkbox"/>	Ponctualité :	<input type="checkbox"/>	Problèmes de type personnel :	<input type="checkbox"/>	et / ou
Efficacité réduite :	<input type="checkbox"/>	Mutation :	<input type="checkbox"/>	de comportements :	<input type="checkbox"/>	et / ou
Re Classification :	<input type="checkbox"/>	Capacité physique :	<input type="checkbox"/>	reliés à la tâche :	<input type="checkbox"/>	et / ou
Santé versus exigences du poste :	<input type="checkbox"/>	Restrictions qui se prolongent :	<input type="checkbox"/>	**	au milieu de travail :	<input type="checkbox"/>
Potentiel abus de substances :	<input type="checkbox"/>	Temps partiel qui se prolonge :	<input type="checkbox"/>	**		

** Spécifiez la modalité ainsi que la durée de la mise en application à la section **Remarques** (plus bas)

Commentaires sur l'attitude et le rendement de l'employé(e) concerné(e)

	Inacceptable	Inférieur à la moyenne	Selon la moyenne	Supérieur à la moyenne
Absentéisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctualité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec				
- les collègues :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le supérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propension aux accidents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques en relation avec cette requête

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

Je _____ (nom) autorise par la présente le fournisseur de soins de santé primaires / médecin, Dr _____ (nom), tél. : () _____; impliqué dans mon traitement à discuter et à fournir toutes les informations et tous les documents demandés par Bell et leurs représentants, La Financière Manuvie, concernant mon état de santé médical ou psychologique actuel. J'autorise La Financière Manuvie à divulguer les informations à l'assureur, à la CSST/WSIB/WCB, aux administrateurs de prestations gouvernementales ou aux professionnels de la santé. Tous les renseignements seront traités d'une manière hautement confidentielle. Les informations portant sur mon aptitude au travail seront partagées avec mon employeur, Bell. Je consens à ce que l'utilisation d'une télécopie ou d'une photocopie soit considérée comme valide, au même titre que la copie originale signée.

Signature _____

Date _____

Signé à _____

Nom de l'employé(e) : _____

Numéro d'employé(e) : _____