

Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

IMPORTANT : DÈS QU'UN EMPLOYÉ EST ABSENT DU TRAVAIL ET POURRAIT AVOIR DROIT À DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ, OU SE QUALIFIER POUR L'EXONÉRATION DES PRIMES, VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À L'ASSUREUR DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS. TOUTE DEMANDE INITIALE DOIT INCLURE UNE DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR, UNE DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ET UNE DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DÛMENT COMPLÉTÉES ET SIGNÉES.

- ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE
- ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE
- EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

GROUPE	DIVISION	CLASSE	CERTIFICAT
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE
OCCUPATION RÉGULIÈRE VEUILLEZ ÉNUMÉRER LES PRINCIPALES FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS DE CETTE OCCUPATION			

DATE D'EMPLOI J M A	SALAIRE HEBDOMADAIRE BRUT DE L'EMPLOYÉ _____ \$ SEMAINE RÉGULIÈRE DE _____ HEURES	IL GAGNE CE SALAIRE DEPUIS LE J M A
DERNIER JOUR DE TRAVAIL À TEMPS PLEIN DATE J M A HEURE _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	À TEMPS PARTIEL DATE J M A HEURE _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	
SALAIRE HEBDOMADAIRE NET DE L'EMPLOYÉ		
RRQ: _____ ASS. EMPLOI: _____ EXEMPTIONS : FED. : _____ PROV.: _____		

L'EMPLOYÉ EST-T-IL DE RETOUR AU TRAVAIL ? OUI NON SI OUI, INDIQUEZ LA DATE J M A

L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE AU MOINS 20 HEURES PAR SEMAINE ? OUI NON

SI NON, EXPLIQUEZ : _____

L'INVALIDITÉ EST-ELLE DUE À UNE MALADIE OU BLESSURE ATTRIBUABLE AU TRAVAIL ? OUI NON

UNE DEMANDE DE PRESTATION A-T-ELLE ÉTÉ SOUMISE À LA C.S.S.T. ? OUI NON

DANS L'affIRMATIVE, CETTE DEMANDE A-T-ELLE ÉTÉ ACCEPTÉE ? OUI NON

LE CERTIFICAT EST-IL ANNULÉ ? OUI NON SI OUI, DEPUIS QUELLE DATE ? J M A

À VOTRE AVIS, CETTE DEMANDE EST-ELLE JUSTIFIÉE ? OUI NON

SI NON, EXPLIQUEZ : _____

DATE	NOM DE L'EMPLOYEUR
PAR	TITRE