



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 _____ \$	IL GAGNE CE SALAIRE DEPUIS LE J M A
SEMAINE RÉGULIÈRE DE _____ HEURES		
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