

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR – DEMANDE D'INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ET/OU DEMANDE D'EXONÉRATION DES PRIMES D'ASSURANCE VIE

1.	Titulaire de la police collective		Numéro de la police collective	
	Nom du demandeur (prénom, second prénom, nom de famille)		Numéro de la division	
	Numéro de téléphone du demandeur		Numéro de certificat	
	Adresse du demandeur			
2.	Date d'embauche de l'employé (jj/mm/aaaa)			
	Quel est l'horaire hebdomadaire régulier de l'employé? _____ heures par semaine		Date du dernier jour au travail de l'employé (jj/mm/aaaa)	
	Pourquoi l'employé a-t-il cessé de travailler?			
	La protection a-t-elle pris fin? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non si « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :			
	Date (jj/mm/aaaa)		Raison :	
	L'employeur contribue-t-il à la prime d'invalidité de longue durée (ILD) : <input type="radio"/> oui (imposable) <input type="radio"/> non (non imposable)			
3.	Gains bruts de base au dernier jour travaillé (veuillez remplir l'une des fréquences suivantes) :			
	Hebdomadaire	Aux deux semaines	Mensuel	Annuel
	\$	\$	\$	\$
	L'employé est-il rémunéré (partiellement ou entièrement) sur la base de commissions? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
	Si « oui », veuillez joindre des copies de tous les feuillets T4 et T4A des deux dernières années.			
	S'il faut tenir compte d'un autre revenu, veuillez en préciser le montant et la nature. Montant _____ \$ Nature _____ Fréquence _____			
Veuillez joindre une copie du feuillet TD1 le plus récent.				
Veuillez inclure une copie de tous les relevés d'emploi des deux dernières années pour cet employé.				
4.	Est-ce que l'un des éléments suivants a été versé depuis le dernier jour de travail de l'employé?			
	Continuation du salaire jusqu'au (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> aux deux semaines <input type="radio"/> mensuel montant _____ \$		
	Vacances payées jusqu'au (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> aux deux semaines <input type="radio"/> mensuel montant _____ \$		
	Prestation pour congé de maladie jusqu'au (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> aux deux semaines <input type="radio"/> mensuel montant _____ \$		
	Assurance invalidité de courte durée jusqu'au (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> aux deux semaines <input type="radio"/> mensuel montant _____ \$		
5.	Veuillez indiquer les dates auxquelles le demandeur a été absent du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie au cours des 12 derniers mois et en préciser la cause, si elle est connue.			
	Date (jj/mm/aaaa)	Cause		
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		

6. Information sur le régime de retraite

Date normale de retraite du demandeur (jj/mm/aaaa)

Offrez-vous un régime de retraite collectif? oui non Si oui, quand l'employé deviendra-t-il admissible aux prestations aux termes du régime de retraite? (jj/mm/aaaa) _____**7. Retour au travail**

Veuillez indiquer le nom, le titre, l'adresse de courriel et le numéro de téléphone de la personne avec laquelle nous devons communiquer si nous déterminons qu'il y a possibilité de retour au travail.

Nom

Titre

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

8. Commissions provinciales de la sécurité au travail**Veuillez fournir les renseignements suivants et joindre des copies de toute documentation pertinente.**

Si l'absence est le résultat d'un accident ou d'une maladie lié au travail, a-t-on présenté une demande à la commission provinciale de la sécurité au travail qui s'applique?

a) oui – si « oui », veuillez fournir une copie du rapport d'accident/de maladie.

Numéro de la demande

Début des indemnités : (jj/mm/aaaa)

Fin des indemnités : (jj/mm/aaaa)

Nom de la personne-ressource

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Quel était le montant initial des indemnités? _____ \$ hebdomadaire bimensuel mensuel**b) non – si « non », veuillez expliquer.****c) Si la commission provinciale de la sécurité au travail a refusé de verser des indemnités ou a mis fin à celles-ci, l'employé en a-t-il appelé de cette décision? oui non Date de l'appel :****9. À remplir par le supérieur immédiat de l'employé**

Nom du supérieur immédiat

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Titre du poste de l'employé en date de la dernière journée de travail

Depuis combien de temps l'employé occupe-t-il ce poste? _____ ans _____ mois

Y a-t-il eu des changements dans les responsabilités liées au poste de l'employé en raison de la condition invalidante avant que l'employé n'ait arrêté de travailler? oui non Si « oui », quels étaient les changements et quand ont-ils été apportés?

10. Exigences physiques du poste – À remplir par le supérieur immédiat de l'employé

Veillez inclure une description détaillée du poste incluant les principales tâches. Veuillez fournir une copie de l'analyse des exigences physiques du poste, si disponible, ou remplir la section suivante.

Tableau de référence des exigences physiques :

Constant (C) : Cette activité occupe de 67 % à 100 % de la journée	Rare (R) : Cette activité occupe de 1 % à 5 % de la journée
Fréquent (F) : Cette activité occupe de 34 % à 66 % de la journée	Sans objet (s.o.) : Cette activité ne fait pas partie des tâches
Occasionnel (O) : Cette activité occupe de 6 % à 33 % de la journée	

Agilité	Fréquence (%)
Marcher	
Se tenir debout	
Être assis	
S'accroupir	
Se pencher/se baisser	
Mouvements répétitifs	
Grimper	
Conduire	

Force	Poids	Fréquence (%)
Soulever (du sol à la taille)		
Soulever (de la taille aux épaules)		
Soulever (par-dessus la tête)		
Atteindre un objet au-dessus de sa tête		
Pousser/tirer		

Quelle proportion du temps de l'employé est consacrée aux activités suivantes?

Parler au téléphone %	Écrire/utiliser un clavier %	Superviser d'autres personnes? %
--------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Veillez indiquer toutes les machines tous les outils ou tous les équipements que l'employé utilise dans le cadre de son travail. Vous pouvez inscrire le nombre de fois par jour où l'employé utilise l'équipement ou le pourcentage de son temps de travail consacré à leur emploi, selon ce qui s'applique le mieux.

Type d'équipement	Nbre de fois par jour OU % du temps

Est-il possible d'effectuer les tâches de ce poste en alternant les positions assises et debout? oui non

Ce poste exige-t-il d'autres efforts physiques qui ne sont pas mentionnés ci-dessus? oui non

Si « oui », veuillez donner les détails :

11. Commentaires supplémentaires

12. Déclaration

Je déclare que les renseignements précités sont complets et véridiques.

Signature d'un représentant autorisé du titulaire de la police collective

X

Nom en lettres moulées

Titre

Fait à

Date (jj/mm/aaaa)

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Adresse de courriel

Veillez faire parvenir le présent formulaire à l'attention des :

Règlements vie et invalidité

Solutions de la collective

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

259, rue King Est

Kingston ON K7L 3A8

Numéro de téléphone sans frais : 1 800 267-0215

Numéro de télécopieur sans frais : 1 855 430-9455

Adresse de courriel : grouplifeanddisability@empire.ca

Liste de vérification des pièces jointes

- description du poste de l'employé
- TD1 le plus récent

Plus (s'il y a lieu) :

- une copie de tous les relevés d'emploi des deux dernières années (voir section 3)
- des copies de tous les feuillets T4 et T4A des deux dernières années pour les employés à commission (voir section 3)
- une copie du rapport d'accident/de maladie (voir section 8)
- exigences physiques du poste (voir section 10)