



Assomption Vie

C.P. 160 / 770 rue Main Moncton NB Canada E1C 8L1
Tél.: 506 853-6040 1 800 455-7337 Téléc.: 506 853-5459

Déclaration de l'employeur pour demande de prestations d'invalidité

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Veillez nous retourner la déclaration du médecin et ce formulaire dûment rempli par le réclamant et l'employeur. Retournez les déclarations à l'adresse ci-haut mentionnée.

1. Nom de l'employeur: _____
2. Adresse au complet: _____
3. Nom de l'employé(e): _____
4. Numéro de compte: _____ 5. Numéro de l'employé(e): _____
6. No d'assurance sociale: _____ 7. Salaire hebdomadaire: _____
8. Dernière journée au travail: _____ et le nombre d'heures au travail ce jour-là _____
9. L'employé(e) a-t-il / a-t-elle dû s'absenter de son travail pour des raisons de santé au cours des six derniers mois précédant le dernier jour complet de travail oui non. Si oui, indiquez les dates d'absence.

10. Quel est le statut de l'employé(e)? permanent temporaire saisonnier à temps partiel autre (précisez)
(Veillez s.v.p. préciser le nombre d'heures travaillées par semaine et le nombre de semaines par année.

11. Est-ce que l'employé(e) a droit à des revenus durant son congé de maladie? (salaire, prestations ou vacances)
 oui non Salaire versé jusqu'au _____ Prestations de maladie versées jusqu'au _____
Vacances payées jusqu'au _____
12. Est-ce que l'employé(e) est assuré en vertu de la Commission des accidents du travail? oui non
L'invalidité résulte-t-elle d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail? oui non Si oui, la
CAT/CSST a-t-elle été informée? oui non Est-ce que l'employé(e) reçoit des prestations de la CAT/CSST?
 oui non Si oui, précisez la durée et les montants.

13. Titre du poste de l'employé(e) au moment de l'arrêt de travail: _____
14. Veuillez décrire brièvement ses tâches et annexer une copie de la description de son poste.

15. La date du début de l'emploi au poste actuel: _____
16. La date prévue pour le retour au travail: _____
17. Est-ce que vous allez lui offrir le même poste à son retour au travail? oui non Si non, pourquoi?

18. Si l'employé(e) peut retourner au travail à temps partiel ou peut exercer un travail moins exigeant, pouvez-vous lui offrir un tel emploi? oui non Veuillez élaborer.

19. Est-ce qu'il y a des raisons pour douter cette réclamation-ci? oui non Si oui, veuillez élaborer.

Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont exactes et complètes.

Signataire autorisé: _____ Date: _____

Titre: _____ Téléphone: _____