

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR – DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ

Utilisez ce formulaire dans le cadre d'une demande de règlement d'assurance invalidité de longue durée, d'exonération des primes ou au titre de la protection en cas de maladie ou d'accident grave (cette garantie n'est pas un régime d'assurance invalidité de longue durée traditionnel. Il ne couvre aucune invalidité outre celles découlant des affections assurées).

Pour une demande de règlement d'assurance à indemnités hebdomadaires, remplissez la Déclaration de l'employeur – Demande d'indemnités hebdomadaires (assurance invalidité de courte durée).

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) ou de la Protection en cas de maladie ou d'accident grave (PMAG) : <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?			
	Remplir la section applicable selon la périodicité :	Hebdomadaire	Aux deux semaines	Mensuel
	Continuation du salaire jusqu'au (jj/mm/aaaa) :	\$	\$	\$
	Vacances payées jusqu'au (jj/mm/aaaa) :	\$	\$	\$
	Prestation pour congé de maladie jusqu'au (jj/mm/aaaa) :	\$	\$	\$
	Assurance invalidité de courte durée jusqu'au (jj/mm/aaaa) :	\$	\$	\$

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, précisez la date à laquelle l'employé deviendra admissible aux prestations aux termes du régime de retraite. Date (jj/mm/aaaa)

7. Retour au travail

Veuillez fournir les coordonnées de la personne que nous devons contacter si nous trouvons une option 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'une maladie ou d'un accident lié au travail, a-t-on présenté une demande à la commission provinciale de la sécurité au travail qui s'applique?

a) 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
Montant initial des indemnités : \$ <input type="radio"/> hebdomadaire <input type="radio"/> bimensuel <input type="radio"/> mensuel		

b) 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 - si oui, précisez la date de l'appel (jj/mm/aaaa) :

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?	Années	Mois
Y a-t-il eu des changements dans les responsabilités liées au poste de l'employé avant que l'employé n'ait arrêté de travailler? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 (%)	Force	Poids	Fréquence (%)
Marcher		Soulever (du sol à la taille)		
Se tenir debout		Soulever (de la taille aux épaules)		
Être assis		Soulever (par-dessus la tête)		
S'accroupir		Atteindre un objet au-dessus de sa tête		
Se pencher/se baisser		Pousser/tirer		
Mouvements répétitifs				
Grimper				
Conduire				

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	Nombre 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 d'assurance 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)