

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE À INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES (INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE) – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Dans le présent formulaire, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin.

1. Nom de l'employeur		N ^{os} de police d'assurance collective, de division et de certificat	
Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom du superviseur		Numéro de téléphone	Adresse de courriel
2. Revenu hebdomadaire en date de la dernière journée travaillée \$		Nombre d'heures travaillées par semaine	Date de la dernière paie de l'employé (jj/mm/aaaa)
La protection de l'employé a-t-elle pris fin? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir la date et la (les) raison(s) :			
Date de la dernière journée travaillée par l'employé (jj/mm/aaaa)	Heure	<input type="radio"/> du matin <input type="radio"/> de l'après-midi	Était-ce un quart de travail complet? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Veuillez indiquer les détails supplémentaires à la section 3.
Date de retour au travail de l'employé (jj/mm/aaaa)	Heure	<input type="radio"/> du matin <input type="radio"/> de l'après-midi	Était-ce un quart de travail complet? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Veuillez indiquer les détails supplémentaires à la section 3.
A-t-on offert un travail modifié à l'employé? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Veuillez fournir des détails ci-dessous.			
Titre du poste de l'employé			
Veuillez indiquer les tâches exactes et/ou fournir une description des exigences physiques et/ou une description du poste de l'employé :			
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 une copie des feuillets T4 et T4A de l'employé pour l'année civile la plus récente.			
3. Information supplémentaire – veuillez fournir toute information qui pourrait nous aider à évaluer cette demande de règlement.			
4. Déclaration			
Je déclare que les renseignements précités sont complets et véridiques.			
Signature du représentant autorisé de l'entreprise X			Date (jj/mm/aaaa)
Nom et titre du représentant autorisé de l'entreprise			
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	Adresse de courriel
Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :			
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	