

Faire parvenir par courriel ou par télécopieur

Lorsque la garantie indemnité hebdomadaire n'est pas prévue à votre régime d'assurance et qu'il y a lieu de croire que la personne assurée pourrait avoir droit à des prestations d'invalidité de longue durée, ou lors d'invalidité reliée à un accident du travail, à une maladie professionnelle ou à un accident d'automobile, veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir chez AGA.

Pour tout renseignement additionnel :
Montréal : 514 935-5444
Ext. Montréal : 1 800 363-6217
Télécopieur : 514 935-1147
Courriel : salaire@aga.ca

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'employeur/titulaire du contrat : _____

Nom du responsable : _____ N° téléphone : _____

N° contrat : _____ N° groupe/division : _____

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____

N° certificat : _____ Date de naissance : _____

Salaire hebdomadaire brut : _____ Date d'effet de ce salaire : _____

Date d'embauche : _____ Horaire de travail : Jours : du _____ au _____ Heures : de _____ à _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

2.1 Date du premier jour d'absence : _____ Date du dernier jour payé : _____

2.2 Considérez-vous toujours cette personne à votre emploi ? Non Oui

2.3 Au début de l'invalidité, cette personne : travaillait à temps plein travaillait à temps partiel avait été mise à pied était en congé autorisé

Si en mise à pied ou en congé, indiquer date du début : _____ Raison : _____

2.4 Nature des blessures et/ou maladies : _____

2.5 Est-ce un cas concernant : la C.S.S.T. (Commission de la santé et sécurité du travail) la S.A.A.Q. (Société de l'assurance automobile du Québec)

I.V.A.C. (l'Indemnisation des victimes d'actes criminels)

2.6 Si l'employée est enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle ou sera-t-elle présentée à la C.S.S.T. ? Non Oui

Date prévue du congé de maternité : _____ Date prévue d'accouchement : _____

2.7 Certaines circonstances vous amènent-elles à douter du bien-fondé de cette demande ? Non Oui

Si oui, expliquez : _____

2.8 Période d'assignation temporaire : du _____ au _____

2.9 Date à laquelle l'assuré a repris son travail régulier : _____

3. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Signature du responsable : _____ Date : _____