Pour soumettre en ligne
desjardinsassurancevie.com/envoi
Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Par courrier
C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7
Expédiez les originaux et conservez les copies pour vos dossiers.

Par télécopieur
1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

ASSURANCE COLLECTIVE – RÈGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ OU D'EXONÉRATION DES PRIMES

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Section A. Identification – Nous donnerons suite à cette demande seulement si tous les champs sont remplis.

Nom et prénom de l'employé	N° de certificat ou d'identification	N° d'assurance sociale*

Adresse de l'employé - N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

N° de téléphone	Adresse courriel personnelle

Nom du preneur ou de l'employeur	N° de police, groupe ou contrat	N° de compte

Adresse du preneur ou de l'employeur - N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal

N° de téléphone

Remplir si autoadministré AAAA MM JJ

Date d'entrée en vigueur de la garantie : N° de catégorie :

* Le numéro d'assurance sociale est nécessaire seulement si les prestations d'assurance invalidité sont imposables.

Section B. Renseignements généraux

Si les prestations sont imposables, les montants d'impôt de base seront prélevés. Pour toute autre situation, veuillez fournir les formulaires fiscaux appropriés.

Salaire actuel Montant $
☐ Hebdo. ☐ Mensuel ☐ Aux deux semaines

Date d'effet de ce salaire AAAA MM JJ

Statut de l'emploi
☐ Temps complet ☐ Temps partiel

Jours de travail dans une semaine normale
☐ DIM ☐ LUN ☐ MAR ☐ MER ☐ JEU ☐ VEN ☐ SAM

N^bre d'heures de travail par semaine

Type d'horaire
☐ Variable ☐ Rotatif ☐ Fixe

Date d'entrée à votre service AAAA MM JJ

Profession

Dernier jour de travail AAAA MM JJ

N^bre d'heures payées pour cette journée AAAA MM JJ

L'invalidité est-elle due à un accident? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, date de l'accident :

Un montant a-t-il été versé à la personne assurée depuis le début de son absence, en dehors du délai de carence? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, sélectionnez tous les types de montants versés :

☐ Boni ou montant forfaitaire ☐ Congé de maladie ☐ Salaire ☐ Vacances

☐ Autre, veuillez préciser _____

Est-ce qu'une demande a été présentée à une commission des accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non

L'employé est-il retourné au travail? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, à quelle date? AAAA MM JJ

Quel sera son horaire à son retour au travail? ☐ Horaire habituel ☐ Horaire modifié

Quels types de tâches accomplira-t-il? ☐ Tâches habituelles ☐ Tâches modifiées

Est-ce que votre employé est admissible à une exemption d'impôt en vertu de la Loi sur les Indiens (L.R.C. (1985), ch.I-5)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le pourcentage du revenu d'emploi qui est exempt d'impôt _____ %

Veuillez remplir le verso du formulaire.

Section C. Circonstances liées à l'absence – Veuillez joindre une description des tâches, si disponible.

Une situation liée au travail a-t-elle pu contribuer à l'absence de la personne assurée? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, sélectionnez toutes les situations qui s'appliquent :

☐ Conflit (avec collègue ou gestionnaire)
☐ Fin du lien d'emploi (démission, congédiement, retraite, etc.)
☐ Mise à pied temporaire, grève ou lock-out
☐ Problème de rendement
☐ Refus de vacances
☐ Surcharge de travail
☐ Suspension avec ou sans solde
☐ Autre, veuillez préciser _____

Signature de la personne autorisée

Nom et prénom de la personne autorisée (EN LETTRES MAJUSCULES) _____ Fonction _____

Adresse courriel _____

Signature _____ **Date** _____

Êtes-vous la personne à contacter pour la gestion de l'absence? ☐ Oui ☐ Non

Si non, veuillez fournir les coordonnées de la personne à contacter :

Nom _____

Fonction _____ Adresse courriel _____

Numéro de téléphone professionnel _____

Y a-t-il d'autres personnes qui doivent être incluses dans les échanges avec l'assureur pendant l'invalidité? ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Fonction _____ Adresse courriel _____

Numéro de téléphone professionnel _____

Nom _____

Fonction _____ Adresse courriel _____

Numéro de téléphone professionnel _____

ENREGISTRER **IMPRIMER** **RÉINITIALISER**