



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.



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

A - IDENTIFICATION

Nous ne pourrions donner suite à cette demande que si une réponse appropriée est fournie à toutes les questions.

| | | |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| EMPLOYÉ Nom et prénom | 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 de courriel : |
|-------------------------|-----------------------|

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| PRENEUR OU EMPLOYEUR Nom | N° de police ou groupe ou contrat | N° de compte |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------|

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

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| N° de téléphone : () - | N° de télécopieur : () - |
|-------------------------|---------------------------|

| | |
|--|-------------------|
| Remplir si auto-administré : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE : AAAA MM JJ | N° de catégorie : |
|--|-------------------|

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

B - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Si les prestations sont imposables, les montants d'impôt de base seront prélevés.
Pour toutes autres situations, veuillez fournir les formulaires fiscaux appropriés.

| | | |
|--|---|--|
| 1 Salaire actuel Montant <input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Aux deux semaines \$ | 2 Date d'effet de ce salaire AAAA MM JJ | 3 Statut de l'emploi <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel |
|--|---|--|

| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| 4 Jours de travail/semaine normale <input type="checkbox"/> DIM <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> JEU <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAM | Nbre d'heures de travail/semaine | 5 Type d'horaire <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Rotatif | 6 Primes payées par <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux |
|--|----------------------------------|---|---|

| | | | |
|--|---------------------|--|---------------------------|
| 7 Date d'entrée à votre service AAAA MM JJ | 8 Profession | 9 Dernier jour de travail AAAA MM JJ | Nbre d'heures travaillées |
|--|---------------------|--|---------------------------|

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

11 Pendant la période d'invalidité, a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes d'argent? Oui Non **Si oui**, précisez :
(Nature = vacances, congé de maternité ou de maladie, salaire, assurance emploi, montant forfaitaire, etc.)

12 Si l'employée est enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle été ou sera-t-elle présentée à la CNESST (Québec seulement)? Oui Non

13 Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental? Oui Non **Si oui**, précisez :
 CNESST / CAT / CSPAA / CSSIAT / WCB RPC / RRQ SAAQ (Québec seulement)
 Autre :
AAAA MM JJ

Date de la demande : **Décision rendue :** **Montant :** \$
AAAA MM JJ

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

15 Est-il encore à votre service? Oui Non - date de son départ :
AAAA MM JJ Raison :

16 Un relevé d'emploi lui a-t-il été remis? Oui Non

17 Est-ce que des facteurs liés au travail pourraient avoir contribué à cette invalidité ou avoir une influence sur le retour au travail de cet employé?
 Non Oui - Veuillez décrire : _____

18 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.

C - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE L'EMPLOI

Veuillez joindre une description de tâches, si disponible.

1 Quelles sont les tâches principales de l'emploi et combien de temps chacune d'entre elles prend-elle par semaine?

| Tâches | % | Tâches | % |
|--------|---|--------|---|
| Tâches | % | Tâches | % |

Pour les questions 2 et 3, utilisez les définitions suivantes pour déterminer la **FRÉQUENCE** :**OCCASIONNELLEMENT** : 0 - 15 % du temps**FRÉQUEMMENT** : 16 - 50 % du temps**CONTINUUELLEMENT** : 51 % du temps et +**2** Milieu de travail - L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes?

| FRÉQUENCE : | O | F | C | FRÉQUENCE : | O | F | C | FRÉQUENCE : | O | F | C |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Environnement humide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Froid ou chaleur extrême | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fumées toxiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Manutention de produits chimiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'emploi implique-t-il d'autres risques? Oui Non **Si oui**, veuillez les énumérer :**3** Cochez les éléments qui concernent l'emploi dans la liste ci-dessous et indiquez l'information requise.

| FRÉQUENCE : | O | F | C | FRÉQUENCE : | O | F | C | FRÉQUENCE : | O | F | C |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se tenir debout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Se pencher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> S'étirer/travailler au-dessus de sa tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> S'agenouiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Grimper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> S'asseoir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> S'accroupir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escaliers (n ^{bre} de marches _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Se maintenir en équilibre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ramper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Échelles (hauteur _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DÉCRIVEZ L'ACTIVITÉ ET INDIQUEZ LA FRÉQUENCE ET LE POIDS :

| | FRÉQUENCE : | O | F | C | POIDS : |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pousser _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg |
| <input type="checkbox"/> Tirer _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg |
| <input type="checkbox"/> Soulever/transporter _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg |

Veuillez énumérer les équipements de bureau, les véhicules à moteur, les outils ou tout autre équipement utilisé par l'employé au cours de son travail.

Type d'équipement _____ N^{bre} fois/jour _____Type d'équipement _____ N^{bre} fois/jour _____**4** L'emploi implique-t-il des bruits extrêmes, une cadence de travail rapide, des répétitions ou des délais courts? Oui Non**Si oui**, veuillez expliquer : _____**5** L'emploi requiert-il de la dextérité? Oui Non**Si oui**, veuillez expliquer : _____**D - RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS****SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE**

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

Fonction

Adresse de courriel

Signature

Date