

RÈGLEMENTS INVALIDITÉ ET VIE  
550, RUE SHERBROOKE OUEST, BUREAU L-15  
MONTRÉAL PQ H3A 6T6  
CP 668, SUCCURSALE B MONTRÉAL PQ H3B 3K3

TÉL : 514-286-7778  
TÉLÉCOPIEUR : 514-286-8397  
COURRIEL : salaire@medavie.croixbleue.ca

- Assurance salaire de courte durée  
 Assurance salaire de longue durée  
 Exonération des primes

**LES DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT(E), DE L'EMPLOYEUR ET DU MÉDECIN TRAITANT DOIVENT ÊTRE SOUMISES DANS LES 90 JOURS SUIVANT LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ.**

**IDENTIFICATION**

N° de groupe : \_\_\_\_\_ Numéro d'ID : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES**

1. Date d'embauche de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

2. Statut de l'employé(e) :  permanent  temporaire  saisonnier  temps partiel  contractuel

3. Nombre d'heures régulières de travail par semaine : \_\_\_\_\_

4. Salaire brut par semaine : \_\_\_\_\_ Impôt fédéral : \_\_\_\_\_ Impôt provincial : \_\_\_\_\_

Cotisation au RRQ : \_\_\_\_\_ Cotisation à la CAEC : \_\_\_\_\_

Cotisation au RQAP : \_\_\_\_\_

Le salaire de l'employé(e) comprend-il des commissions ?  oui  non

Si oui, veuillez inclure une copie des T4 émis pour les deux dernières années.

5. Occupation de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

6. Brève description des tâches régulières de l'employé(e) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Si nécessaire, pourriez-vous offrir :  
a) un retour graduel au travail ?  oui  non  
b) des tâches allégées ?  oui  non

8. Date du dernier jour de travail de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

9. Date du dernier jour payé par l'employeur : \_\_\_\_\_

10. À la date du début de l'invalidité, l'employé(e) était-il (elle) en vacances, en mise à pied, en congé sans solde, en suspension disciplinaire ?  oui  non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Si l'employé(e) a déjà repris le travail, veuillez préciser à quelle date : \_\_\_\_\_

12. L'employé(e) a-t-il (elle) fait une demande à la C.S.S.T. ?  oui  non

Si oui, veuillez annexer la copie de cette demande et de la correspondance échangée avec la C.S.S.T.

13. Le certificat de l'employé(e) est-il annulé ?  oui  non

Si oui, veuillez préciser la date et les raisons : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Avez-vous des doutes sur le bien-fondé de cette demande ?  oui  non

**AUTORISATION**

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont complètes et véridiques.**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du signataire : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_