

DÉCLARATION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR
(OU PAR L'ASSURÉ DANS LE CAS DES TRAVAILLEURS AUTONOMES)



5055, MÉTROPOLITAIN EST, BUREAU 202, MONTRÉAL, QUÉBEC H1R 1Z7 • TÉL. : 514-327-0020 • 1-800-465-5818 • TÉLÉCOPIEUR : 514-327-9313

Nom et prénom de l'employé :	N° de groupe :
	N° de certificat :

1. HISTORIQUE D'EMPLOI

- A. Date du premier jour d'emploi dans votre entreprise : |—j—|—m—|—a—|
- B. Titre de l'emploi au dernier jour de travail complété : _____
- C. Date d'entrée à ce poste : |—j—|—m—|—a—|
- D. Décrire les tâches brièvement : _____
(OU JOINDRE UNE DESCRIPTION DE TÂCHES SI DISPONIBLE)
- E. Nombre normal d'heures de travail par semaine : _____ Salaire hebdomadaire : _____
(EXCLUANT LE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE) (BRUT AVANT L'INVALIDITÉ) (EXCLUANT LE TRAVAIL SUPPL., PRIMES D'ÉQUIPE, ETC.)
- F. Si travailleur saisonnier, veuillez indiquer la période normale d'emploi de ce salarié:
du |—j—|—m—|—a—| au |—j—|—m—|—a—|

2. HISTORIQUE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

- A. Date du dernier jour de travail complété : |—j—|—m—|—a—|
- B. Date du dernier jour de travail rémunéré ou dernier jour de maladie payée : |—j—|—m—|—a—|
- C. Raison de l'arrêt de travail : _____
- D. S'il s'agit d'une maladie, quand a-t-elle commencé ? |—j—|—m—|—a—|
- E. S'il s'agit d'un accident, à quelle date ? |—j—|—m—|—a—|
Résumez les détails : _____
- F. L'arrêt est-il lié au travail ? Oui Non
- G. Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental ou auprès d'une compagnie d'assurance salaire ?
Si oui, précisez : CSST SAAQ RRRQ/RPC CAEC IVAC nom C^{ie} d'assurance : _____
N° de dossier : _____ Nom de l'agent : _____
- H. L'employé a-t-il été absent de son travail pour plus d'une semaine pour des raisons de santé au cours des six mois précédent le dernier jour de travail complété ? Oui Non
Si oui, précisez les dates d'absence pour des raisons de santé : _____

3. RETOUR AU TRAVAIL

- A. L'employé a-t-il repris son travail?
 Oui Si oui, à quelle date ? |—j—|—m—|—a—| Quel poste occupe-t-il ? _____
Nombre d'heures de travail par semaine : _____
 Non Si non, quelle est la date prévue de son retour au travail ? |—j—|—m—|—a—|
- B. Un poste en assignation temporaire est-il disponible dans votre entreprise ? Oui Non
- C. L'employé pourra-t-il reprendre son poste à son retour ?
 Oui Non Si non, pourquoi ? _____
- Remarques : _____

Je certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et véridiques. Tout renseignement supplémentaire qui serait utile doit être inscrit à la section REMARQUES ci-dessus.

Nom de l'employeur : _____ Téléphone: (____) _____

Adresse: _____

Heures de bureau: de _____ à _____ Date: _____

Signature: _____ Titre: _____