

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

- Date d'embauche de l'employé(e) : _____
- Statut de l'employé(e) : permanent temporaire saisonnier temps partiel contractuel
- Nombre d'heures régulières de travail par semaine : _____
- 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.
- Occupation de l'employé(e) : _____
- Brève description des tâches régulières de l'employé(e) : _____

- Si nécessaire, pourriez-vous offrir :
a) un retour graduel au travail ? oui non
b) des tâches allégées ? oui non
- Date du dernier jour de travail de l'employé(e) : _____
- Date du dernier jour payé par l'employeur : _____
- 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 : _____

- Si l'employé(e) a déjà repris le travail, veuillez préciser à quelle date : _____
- 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.
- Le certificat de l'employé(e) est-il annulé ? oui non
Si oui, veuillez préciser la date et les raisons : _____

- 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 : _____