

GROUPE # 96984

CONTRAT : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ASSURÉ (É) : \_\_\_\_\_

SECTION I : Avocat salarié

1. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

2. Date d'embauche : \_\_\_\_\_

3. Statut de l'emploi :  Permanent       Temporaire       À contrat

Temps plein ou  Temps partiel

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

5. Demander à votre employeur d'annexer à sa déclaration une copie de votre description de tâches.

SECTION II : Avocat en pratique privée

1. Depuis quelle date opérez-vous dans le bureau actuel : \_\_\_\_\_

2. Noms de vos associé(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Quelles mesures avez-vous prises pour assurer la continuité de vos dossiers  
durant votre absence : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Indiquez le ou les domaines du droit que vous pratiquiez avant votre arrêt de  
travail (quantifiez approximativement le pourcentage de temps pour chacun).

\_\_\_\_\_ (%)

\_\_\_\_\_ (%)

\_\_\_\_\_ (%)

5. Indiquez les principales fonctions et tâches que vous aviez à exécuter de façon régulière avant votre arrêt de travail et le pourcentage de temps consacré à chacune :

_____	_____ (%)
_____	_____ (%)
_____	_____ (%)
_____	_____ (%)

6. Si votre invalidité actuelle vous empêche de remplir de façon plus particulière l'une de vos fonctions régulières, veuillez indiquer laquelle et nous fournir les détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Si vous croyez qu'une aide supplémentaire (ex. : consultation avec un spécialiste, test en clinique privée, etc.) pourrait vous être utile, veuillez nous l'indiquer, et ce, même si ces services ne sont pas couverts par votre contrat :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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