



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier :

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697

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 pourrons 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 / RRCQ 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 : _____ Raison : _____
AAAA MM JJ

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