



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

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



Par courrier :

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

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 pourrions 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	2 Date d'effet de ce salaire	3 Statut de l'emploi
<input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Aux deux semaines	\$	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel
4 Jours de travail/semaine normale	Nbre d'heures de travail/semaine	5 Type d'horaire	6 Primes payées par
<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		<input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Rotatif	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Les deux
7 Date d'entrée à votre service	8 Profession	9 Dernier jour de travail	Nbre d'heures travaillées
AAAA MM JJ		AAAA MM JJ	
10 L'invalidité est-elle due à un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de l'accident :	
11 Pendant la période d'invalidité, a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes d'argent?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :	
(Nature = vacances, congé de maternité ou de maladie, salaire, assurance emploi, montant forfaitaire, etc.)			
Nature :		Montant :	\$ Période :
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)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
13 Une demande de prestations a-t-elle été présentée à un organisme gouvernemental?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :	
<input type="checkbox"/> CNESST / CAT / CSPAA / CSSIAT / WCB <input type="checkbox"/> RPC / RRQ <input type="checkbox"/> SAAQ (Québec seulement)			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
Date de la demande :		Décision rendue :	Montant : \$
AAAA MM JJ		AAAA MM JJ	
14 L'employé est-il retourné au travail?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date?	
		AAAA MM JJ	
15 Est-il encore à votre service?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	date de son départ :	
		AAAA MM JJ	
16 Un relevé d'emploi lui a-t-il été remis?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Raison :	
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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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