C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
ivari.ca

Déclaration de l'employeur

Numéro de police : _____ Personne assurée/rentier : _____

Dans le cadre de l'évaluation de la demande de prestations soumise au titre de la police indiquée ci-dessus, nous devons obtenir des renseignements additionnels pour comprendre les conséquences des troubles médicaux de la personne assurée sur sa capacité à exercer ses activités. Pour nous aider dans notre évaluation, nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes. Si vous manquez d'espace, veuillez inscrire vos réponses sur des feuilles distinctes.

1 Quelle est la date à laquelle l'employé(e) est entré(e) au service de la compagnie? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

2 Est-il/elle toujours à l'emploi de la compagnie? ○ Oui ○ Non

3 Quel poste occupe-t-il/elle? Décrivez ses tâches OU fournissez une description de tâches.

_____

_____

_____

_____

_____

4 Quelle est la date de début de la maladie ou de la blessure? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

5 L'employé(e) était-il/elle à votre emploi au moment où la maladie ou blessure est survenue? ○ Oui ○ Non
Dans ***la négative,*** indiquez la date et le motif de la cessation de son emploi.

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

_____

_____

_____

_____

6 S'il s'agit d'une blessure, s'est-elle produite au travail? ○ Oui ○ Non
Dans ***l'affirmative***, s'agit-il d'une demande d'indemnisation auprès de la CNESST? ○ Oui ○ Non
Indiquez le numéro de la demande (le cas échéant).

_____

_____

7 L'employé(e) reçoit-il/elle une indemnité en vertu d'un régime collectif d'assurance invalidité? ○ Oui ○ Non

a) Dans ***l'affirmative***, indiquez le nom de l'assureur et le numéro de la police.

_____

b) Montant de l'indemnité _____$ Fin de la période d'indemnisation (JJ/MM/AAAA) _____

Déclaration de l'employeur

8 Quelle est la date à laquelle il/elle a cessé d'accomplir toutes les tâches? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

9 Quelle est la date à laquelle il/elle a repris un travail léger ou un travail à temps partiel? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

10 Quelle est la date à laquelle il/elle a repris le travail à temps plein? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

11 Quelle est la date prévue de son retour au travail? Date : (JJ/MM/AAAA) _____

12 Quel est son salaire mensuel moyen pour la dernière année d'imposition? _____ $

Nom de l'employeur _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Signature _____ Date de la signature (JJ/MM/AAAA) _____

Votre nom _____ Titre officiel du signataire _____

C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-855-806-5057 • **reclamations@ivari.ca**

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER