

- ⇒ La demande doit être présentée dans les 31 jours suivant le début de l'invalidité
- ⇒ Toute déclaration incomplète pourrait occasionner des retards
- ⇒ L'assuré doit informer son employeur de la date prévue de son retour au travail

Courriel : salaire@gfaga.com
Télécopieur : 514 935-1147

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'employeur/titulaire du contrat : _____

Nom du responsable : _____ N° téléphone : (_____) _____

N° contrat : _____ N° groupe/division : _____

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____

N° certificat : _____ Date de naissance : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Salaire hebdomadaire brut : _____ Date d'effet de ce salaire : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Déductions hebdomadaires :	Codes d'exemption	Montants d'impôts retenus à la source	Cotisations RRQ/RPC	Assurance Emploi (DRHC)
Fédéral				
Provincial				

Date d'emploi à temps plein : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Horaire de travail : Jours : _____ du _____ au _____ Heures : _____ de _____ à _____

Statut de l'assuré : permanent temporaire saisonnier temps partiel contractuel

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

2.1 Date du dernier jour de travail : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Date du dernier jour payé (incl. jours de maladie payés s'il y a lieu) : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

2.2 Considérez-vous toujours cette personne à votre emploi ? Non Oui

2.3 Au début de l'invalidité, cette personne était : en vacances en mise à pied en congé autorisé en suspension disciplinaire

Si cette personne était en vacances, mise à pied, congé autorisé ou en suspension, indiquer date du début : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Expliquez : _____

2.4 Est-ce un cas concernant : la C.S.S.T. (Commission de la santé et sécurité du travail) la S.A.A.Q. (Société de l'assurance automobile du Québec)
I.V.A.C. (l'Indemnisation des victimes d'actes criminels)

2.5 Si l'employée est enceinte, une demande de retrait préventif a-t-elle ou sera-t-elle présentée à la C.S.S.T. ? Non Oui

Date prévue du congé de maternité : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Date prévue d'accouchement : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

2.6 Certaines circonstances vous amènent-elles à douter du bien-fondé de cette demande ? Non Oui

Si oui, expliquez : _____

2.7 Période d'assignation temporaire : _____ du _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ au _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

2.8 Date à laquelle l'assuré a repris son travail régulier : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

3. DESCRIPTION DES TÂCHES

3.1 Occupation : _____

3.2 Description des tâches : _____

3.3 Indiquez tout élément stresser lié au poste de l'assuré : _____

3.4 Le poste requiert-il un degré de concentration élevé : Non Oui

Veillez remplir la section 5 « Environnement physique de l'emploi » (au verso)

4. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Signature du responsable : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

DEMANDE DE PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR
Suite

5. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE L'EMPLOI

EMPLOI DE L'ASSURÉ

Cochez les éléments qui s'appliquent à l'emploi de l'assuré :

	Occasionnellement 0 à 15 % du temps	Fréquemment 16 à 50 % du temps	Continuellement 51 % du temps et plus
<input type="checkbox"/> Station debout prolongée	<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'asseoir	<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'agenouiller	<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"/> Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atteindre des objets placés plus haut que les épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soulever des poids lourds : _____ <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MILIEU DE TRAVAIL

L'emploi comporte-t-il des travaux devant être exécutés dans une ou plusieurs des conditions suivantes ?

	Occasionnellement 0 à 15 % du temps	Fréquemment 16 à 50 % du temps	Continuellement 51 % du temps et plus
<input type="checkbox"/> Extérieur	<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"/> Environnement humide	<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"/> Au-dessus ou sous le niveau du sol	<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 ? Non Oui Si oui, précisez : _____
