

Demande de prestations d'invalidité de courte durée Déclaration de l'employeur



Assurances

Nom de l'entreprise :

S'il s'agit d'une société affiliée, d'une filiale, d'une succursale ou d'une société membre, précisez son nom :

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) :

N° de police :

N° de téléphone :
()

Personne-ressource :

N° de téléphone :
()

N° de télécopieur :
()

Courriel de la personne-ressource :

Nom de l'employé/l'assuré :

Date de naissance de l'employé/
l'assuré (JJ/MM/AAAA) :

N° de participant :

Nom usuel (s'il diffère du prénom) :

Adresse de l'employé/l'assuré (numéro et rue, ville, province, code postal) :

Titre du poste de l'employé/l'assuré :

Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) :

Date d'effet de l'assurance (JJ/MM/AAAA) :

Adresse du lieu de travail de l'employé (rue / ville / province / code postal) :

Département du rapport de l'employé :

N° d'identification de l'employé :

N° de division de l'employé :

N° de catégorie de l'employé :

Quelle était la profession de l'employé/l'assuré au début de l'invalidité et depuis combien de temps occupait-il son poste ?

☐ employé permanent ☐ employé à temps partiel ☐ autre (précisez)

Dressez la liste de ses tâches ou joignez une copie de la description de poste :

Quelles sont les heures de travail habituelles d'une journée normale, exclusion faite des heures supplémentaires ? De _____ h à _____ h (format 24 h)
Veuillez fournir l'horaire moyen d'une semaine complète de travail ou d'un cycle de travail, en précisant le nombre d'heures de travail par jour :

	D	L	M	M	J	V	S
Heurs							

Le cycle se répète-t-il ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre moyen d'heures de travail par semaine : _____

Inscrivez « 0 » les jours où le demandeur ne travaille pas

L'employé/l'assuré a-t-il été mis à pied ? ☐ Oui ☐ Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il été rappelé ? ☐ Oui ☐ Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

L'employé/l'assuré a-t-il quitté son emploi ? ☐ Oui ☐ Non Si « Oui », quand ? _____ (JJ/MM/AAAA)

Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) :

Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail :

Date de retour à temps plein (JJ/MM/AAAA) _____

Date de retour à temps partiel (JJ/MM/AAAA) _____

Salaire normal avant l'invalidité :

_____ \$ (joindre des pièces justificatives des revenus)

☐ Horaire ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ Annuel

Revenu assurable au titre de l'AE au dernier jour de travail :

_____ \$

Offrez-vous un programme de retour au travail pour faciliter le retour au travail anticipé ? ☐ Oui ☐ Non Si « Oui », précisez :

Décrivez les mesures d'adaptation qui pourraient être envisagées pour ce poste :

(Dans le cas d'un accident du travail, veuillez joindre une copie du rapport d'accident.)

SIGNATURE

Je soussigné(e), _____ déclare que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets. (nom en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du représentant du service des avantages sociaux

Date _____
(JJ/MM/AAAA)

Titre du poste

N° de téléphone

Courriel

N° de télécopieur

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8
www.rbcassurances.com