

Déclaration de l'employeur - Demande d'avantages sociaux de l'employé

COCHEZ UNE OU LES DEUX CASES :

- PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)
 CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ (EXONÉRATION DE PRIMES)

REEMPLIR ET RETOURNER :

Vestcor	Téléphone : (506) 453-2296
C.P. 6000	Sans frais au Canada : 1-800-561-4012
Fredericton, NB E3B 5H1	Télécopieur : (506) 457-7388

Renseignements généraux

Prénom de l'employé _____ Nom de famille de l'employé _____ Date de naissance (J/M/A) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone : à domicile (_____) _____ - _____ au travail (_____) _____ - _____

Date du dernier jour travaillé par l'employé -- immédiatement avant le début de l'invalidité (J/M/A) ____ / ____ / ____

Poste et salaire

Date du début de l'emploi (J/M/A) ____ / ____ / ____ Groupe/Unité de négociation _____

Profession/Poste _____ **RAPPEL! JOINDRE LA DESCRIPTION DU POSTE**

Statut du poste temps plein, régulier temps partiel, régulier autre - préciser : _____

L'employé participe-t-il au programme retraite progressive horaires de travail souples (5 ans avant la retraite) S/O

Heures travaillées dans une semaine (moyenne par semaine si par relais de travail) _____

Code de l'impôt sur le revenu selon votre formulaire TD1 courant _____

Autres prestations/revenus d'invalidité

Est-ce que l'employé a demandé/reçu des congés payés par l'employeur comme maintien du revenu depuis le dernier jour travaillé/début de l'invalidité? Oui Non - Si oui, combien de jours de maladie? _____ et/ou de jours de vacances? _____

Si oui, préciser la date, tel qu'entendu avec l'employé, à laquelle la période de congé payé prendra fin (J/M/A) ____ / ____ / ____

IMPORTANT! La date ci-dessus doit être remplie. Si la date change, veuillez envoyer une note ou un courriel à Vestcor.

L'état de santé de l'employé est-il attribuable ou relié à une maladie ou un accident professionnel (antérieur ou actuel)? Oui Non

Des indemnités en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ont-elles été demandées? Oui - voir a et b ci-dessous Non

A) Si oui, indemnités payables? Oui Décision à rendre Non

B) Si oui, montant _____ \$ versé à la quinzaine par mois ;

du (J/M/A) ____ / ____ / ____ au (J/M/A) ____ / ____ / ____

S'il y a lieu, préciser les dates et heures (pour chaque jour) travaillées par l'employé au cours de la période d'attente de 4 mois après la date indiquée dans les renseignements généraux : _____

Décrire les mesures prises pour accommoder l'employé (p. ex. adaptation des fonctions ou des horaires de travail, matériel spécial ou autre) : _____

Admissibilité de la demande

Date d'entrée en vigueur de la couverture de l'employé au Régime d'invalidité de longue durée (J/M/A) : ____ / ____ / ____

Dernières primes mensuelles payées pour les couvertures de l'employé (M/A) : ____ / ____

NOTE : Il faut payer les primes, relativement aux avantages sociaux demandés, durant la période d'attente de 4 mois - à compter de la date du début de l'invalidité. Les primes/cotisations pour les avantages sociaux de l'employé sont maintenues durant les congés payés.

Si l'employé participe au régime de soins de santé et/ou dentaires, veuillez fournir les numéros de police et d'identité :

N° de police _____ N° d'identité _____

Couverture Employé seulement (individuelle) Employé et une personne à charge (deux personnes) Employé et deux personnes à charge ou plus Aucune couverture

Renseignements au sujet de l'employeur

Nom de l'organisme employeur _____

Nom du représentant _____

N° de tél (____) _____ - _____ courriel _____

Signature du représentant _____ Date _____

Réservé à Vestcor

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

N° de référence _____ N° du régime/police d'assurance 6666 Division _____ Unité de négociation _____

Date (J/M/A) que l'employé était a) admissible/inscrit au Régime ILD ____ / ____ / ____ b) embauché au gouv. du NB ____ / ____ / ____

Date ci-haut correspond avec (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- le début de l'emploi le changement de statut d'emploi
 l'entrée en vigueur du régime pour le groupe de l'employé la demande tardive de protection ILD approuvée

La protection d'ILD a été maintenue durant la période d'attente? oui non

Salaires mensuel brut _____ \$ Prestations mensuelles ILD _____ \$ Période maximale de prestations _____

EXONÉRATION DE PRIMES

N° de police d'assurance-vie 19800-000 Division : employé excès supplémentaire (juges seulement)

La protection a été maintenue durant la période d'attente?

ass.-vie de base	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en attente	Ass.-vie de base _____ \$
ass.-vie facultative	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en attente	
ass.-vie. pour pers. à charge	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en attente	Ass.-vie facultative _____ \$

AUTORISÉ PAR _____ DATE _____