

## 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  
 C.P. 6000  
 Fredericton, NB E3B 5H1

Téléphone : (506) 453-2296  
 Sans frais au Canada : 1-800-561-4012  
 Télécopieur : (506) 457-7388

### Renseignements généraux

Prénom de l'employé \_\_\_\_\_ Nom de famille de l'employé \_\_\_\_\_ NAS \_\_\_\_\_ 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! 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/cotisations mensuelles payées pour les couvertures de l'employé (M/A) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOTE : Il faut payer les primes/cotisations, 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 \_\_\_\_\_ Cotisations payées jusqu'à (M/A) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 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° du régime/police d'assurance 6666 Division \_\_\_\_\_ Code APAA de l'unité de négociation \_\_\_\_\_

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> le début de l'emploi                                      | <input type="checkbox"/> le changement de statut d'emploi               |
| <input type="checkbox"/> l'entrée en vigueur du régime pour le groupe de l'employé | <input type="checkbox"/> 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  oui  non ass.-vie facultative  oui  non  
ass.-vie. pour pers. à charge  oui  non

Ass.-vie de base \_\_\_\_\_ \$ ass.-vie facultative \_\_\_\_\_ \$

AUTORISÉ PAR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_