

- Cochez une PRESTATIONS D'INVALIDITÉ LONGUE DURÉE (ILD)
 ou les deux CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ
 cases: (EXEMPTION DE COTISATIONS)

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

Note: Le masculin comprend le féminin.

➡ Caractères d'imprimerie s.v.p.

A. Renseignements généraux :

- 1) Nom de l'employé _____
 (Prénom) (Nom de famille)
- 2) NAS : _____ - _____ - _____
- 3) Date de naissance

J	M	A
- 4) Adresse : _____
- 5) Numéro de téléphone : à domicile () _____ - _____ ; au travail () _____ - _____
- 6) Date du dernier jour travaillé par l'employé -- immédiatement avant le début de l'invalidité :

J	M	A

B. Poste et salaire :

- 7) Date du début de l'emploi :

J	M	A
- 8) Groupe/Unité de négociation : _____
- 9) Profession/Poste : _____ ➡ **Joindre la description du poste.**
- 10) Statut du poste : temps plein, régulier; temps partiel, régulier autre - préciser : _____
- 11) L'employé participe-t-il au programme : retraite progressive réaménagement de l'horaire de travail (5 ans avant la retraite) S/O
- 12) Heures travaillées dans une semaine (moyenne par semaine si par relais de travail) : _____
- 13) Code de l'impôt sur le revenu selon votre formulaire TD1 courant : _____

C. Autres prestations/revenus d'invalidité :

- 14) 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



Il faut inscrire une date. Si la date change, veuillez envoyer une note ou un courriel à Vestcor.

- 15) L'état de santé de l'employé est-il attribuable ou relié à une maladie ou un accident professionnel (antérieur ou actuel)?
 Oui Non
- 16) Des indemnités en vertu de la Loi sur les accidents du travail ont-elles été demandées? Oui - voir a et b 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

17) 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 au point 6 ci-haut) : _____

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

D. Admissibilité de la demande :

19) Date d'entrée en vigueur de la couverture de l'employé au Régime d'invalidité longue durée :

J	M	A

20) Dernières primes/ cotisations mensuelles payées pour les couvertures de l'employé : _____ (mois/année)

Il faut payer les primes/cotisations, relativement aux avantages sociaux demandés, durant la période d'attente de 4 mois - **à compter du début de l'invalidité.**

Note: Les primes/cotisations pour les avantages sociaux de l'employé sont maintenues durant les congés payés.

21) Si l'employé participe au Régime de soins de santé et/ou dentaires, veuillez compléter les numéros de police et d'identité :

N° de police _____ N° d'identité _____

Cotisations payées jusqu'à : _____ (mois/année)

E. Renseignements au sujet de l'employeur :

22) Nom de l'organisme employeur : _____

23) Nom du représentant : _____

24) N° de tél. : () _____ - _____ courriel : _____

25) Signature du représentant : _____ Date: _____

F. RÉSERVÉ À VESTCOR

1) Date que l'employé était : a) admissible/inscrit au Régime ILD :

J	M	A

b) embauché au gouv. du NB :

J	M	A

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

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

3) La protection a été/sera maintenue durant la période d'attente de 4 mois? Oui Non

4) N° du régime/police d'assurance : _____

5) Division _____

6) Code APAA de l'unité de négociation : _____

7) Salaire mensuel brut : _____ \$

8) Prestations mensuelles ILD : _____ \$

9) Période maximale de prestations : _____

Pour demande d'exemption de cotisations seulement : ass.-vie de base : _____ \$ ass.-vie. suppl. _____ \$
ass.-vie pour pers. à charge (Y/N) _____

Autorisé par _____ Date _____