



- Décès
 Maladie grave
 Perte accidentelle de membres ou de la vue

Nous ne pourrions donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.

A. Information concernant l'employé

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

B. Identification de la personne visée par la demande de prestation (si autre que l'employé)

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ
-----	--------	---------------------------------

C. Identification de l'employeur

Nom de l'employeur		
Adresse - N°, rue		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone indicatif régional + n°	Poste	
N° de contrat/groupe	N° de compte/division	N° d'identification/attestation de l'assuré

D. Déclaration de l'employeur

1. Date d'entrée en service AAAA-MM-JJ	2. Date d'entrée en vigueur de la protection AAAA-MM-JJ	
3. S'agit-il d'un employé à temps partiel (plus de 25 % et moins de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquer le % par rapport au temps complet %	4. S'agit-il d'un employé à temps complet (plus de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. L'assuré était-il invalide avant l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6. Date du début de l'invalidité AAAA-MM-JJ	
7. Dernier jour de travail AAAA-MM-JJ	8. Salaire au début de l'invalidité	9. Salaire annuel à la date de l'événement
10. S'il s'agit d'une demande de prestation pour un <u>décès</u> , voulez-vous que le règlement soit transmis chez l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Remarques		

E. Déclaration

Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature du représentant de l'employeur

Titre

Date