Groupe Premier Médical

2, Place Laval, bureau 250
Laval (Québec) H7N 5N6

Tél.: 450 667-7737 • 1 866 967-7737
Téléc.: 450 667-7739

info@gpm.ca
http://www.gpm.ca

DEMANDE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE - Formulaire de l'employeur

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom du groupe	N° de groupe

LIGNES DIRECTRICES IMPORTANTES

Veuillez vous assurer que toutes les sections pertinentes sont dûment remplies et signées. Veuillez retourner ce formulaire par télécopieur au 450.667.7739 *(ainsi que toute information soutenant la demande de règlement)*.

1- Renseignements sur le participant

Afin de procéder à l'étude de la présente demande, GPM doit recevoir la Déclaration du participant, la Déclaration du médecin traitant et le présent formulaire dûment remplis dans les 30 jours.

Prénom	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Titre du poste/Profession habituelle			Code d'usager GPM

2- Renseignements sur l'employeur

Une copie de toutes les communications relatives à la présente demande sera transmise à la personne contact.

Nom de l'entreprise		
Personne-ressource		
Téléphone de la personne-ressource	Poste	Courriel

3- Renseignements sur l'emploi

La présente section porte sur l'emploi du participant et sur sa couverture. Cette section devrait être remplie par la personne qui connait le mieux ces détails (par exemple, le responsable de la paie ou la personne-ressource du régime).

Date du dernier jour de travail à temps plein (jj-mm-aaaa)	Date du dernier jour de travail à des tâches modifiées (s'il y a lieu) (jj-mm-aaaa)
Date de retour au travail à temps plein (le cas échéant) (jj-mm-aaaa)	Pourquoi le participant a arrêté de travailler: ☐ Accident ☐ Maladie ☐ Hospitalisation
Précisez le nombre d'heures travaillées par semaine, sans temps supplémentaire :	

4- Revenus et avantages

Salaire de base brut du participant au dernier jour de travail : $	Dernier jour payé (jj-mm-aaaa)
Serait-il possible de modifier les fonctions du participant ?	☐ Oui ☐ Non

5- Commentaires :

Signature de l'employeur : _____ Date : _____
jj-mm-aaaa