

CONFIRMATION DE REVENU ET D'AVANTAGES PAR L'EMPLOYEUR

À	Employeur
	<p>Votre employé nous a autorisé, par le document ci-joint, à obtenir les détails concernant son salaire et ses avantages afin de déterminer le montant des paiements d'invalidité.</p> <p>Nous vous demandons de bien vouloir remplir et retourner le présent formulaire.</p>

DEMANDEUR	Employeur	No de réclamation/No de police	
PROFESSION			
EXIGENCES PHYSIQUES DE L'EMPLOI	<input type="checkbox"/> Sédentaire	Date de l'accident	
SI RÉMUNÉRÉ À SALAIRE	Taux (brut) \$	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel	
SI RÉMUNÉRÉ AU TAUX HORAIRE	Heures de travail régulières par semaine \$	Taux horaire de base (Brut) \$	Indemnité de vie chère (Brute) \$
	Prime de disponibilité versée au cours des trois mois précédant l'accident \$	Temps supplémentaire payé au cours des trois mois précédant l'accident \$	
Demier jour de travail	Date à laquelle le salaire ou le traitement a pris fin	Durée de l'emploi	
REMPLACEMENT DE REVENU PAYÉ PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL	Montant \$	Par semaine/par mois	
	Payé par qui?	Période du paiement	
INDEMNITÉ POUR ACCIDENT DE TRAVAIL	L'employé a-t-il droit à une indemnité pour accident du travail en raison de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RÉGIME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX EN VIGUEUR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si « oui », avec quelle compagnie?
Si l'employé est de retour au travail, précisez depuis quelle date :			
Date	Signature	Titre	