

# CONFIRMATION DE REVENU ET D'AVANTAGES PAR L'EMPLOYEUR

|          |  |
|----------|--|
| <b>À</b> | 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> |

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