

Déclaration de l'employeur – Régime d'indemnités d'accident



Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

À l'attention de : service des Réclamations d'assurance-vie

236, Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute question, veuillez composer le 1 844 318-0411

Télécopieur : 1 855 496-3028 Courriel : wawanesalife-claims@wawanesa.com

wawanesavie.com

Coordonnées de l'employé(e)

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Numéro de la police : _____

Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

Numéro de téléphone : _____

Résidentiel Cellulaire

Courriel : _____

Renseignements sur l'emploi de l'employé(e)

Date d'embauche (mm/jj/aaaa) : _____ Classification de l'employé(e) : Temporaire À temps plein Contractuel

Dernier jour travaillé (mm/jj/aaaa) : _____ Date de l'invalidité ou du décès (mm/jj/aaaa) : _____ S. O. (aucune absence du travail)

L'employé(e) est-il ou est-elle retourné(e) au travail? Oui Non Si oui, indiquez la date de retour au travail (mm/jj/aaaa) : _____

Données d'emploi sur l'employé

Poste/titre de l'employé : _____ Horaire de travail (jour/nuit/rotation) : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Estimation du revenu mensuel (\$) : _____

Pour les réclamations de prestations d'invalidité, la description de poste de l'employé(e) est-elle incluse? Oui Non

Si la description de poste n'est pas disponible, veuillez remplir la section ci-dessous :

Opérateur(trice) de véhicule ou tâches manuelles Tâches administratives et/ou de bureau

Principales tâches de l'employé(e) : _____

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent : tendre les bras au-dessus des épaules se pencher ou s'accroupir marcher

L'employé(e) doit pouvoir soulever ou transporter le poids suivant : _____ S. O.

L'employé(e) doit pouvoir pousser ou tirer le poids suivant : _____ S. O.

Commentaires des employés

Veillez donner tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, devrait être pris en considération dans l'évaluation de la présente demande :

Coordonnées de l'employeur

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Titre : _____

Date à laquelle le formulaire a été rempli : _____

Courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature de l'employé(e)