



## D. Déclaration de l'employeur

1. Date d'entrée en service de l'employé (AAAA-MM-JJ)

2. Date d'entrée en vigueur de la protection (AAAA-MM-JJ)

3. Nombre d'heures travaillées par semaine

4. Emploi

5. Est-ce que l'employé était au travail à la date de l'évènement?  Oui  Non

Si **non**, veuillez préciser :

a) Raison de son absence :

Invalidité/maladie  Mise à pied  Congé autorisé  Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

b) Date du dernier jour travaillé (AAAA-MM-JJ) :

\_\_\_\_\_

6. Salaire au dernier jour travaillé

7. Salaire à la date de l'évènement

8. S'il s'agit d'une réclamation pour un décès, le règlement doit être envoyé à :

Employeur  Bénéficiaire  Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

9. Remarques

## E. Déclaration de l'employeur

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

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant de l'employeur (en lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
Titre

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)