Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP) — Police G-2400
Réclamation d'invalidité — Déclaration de l'employeur
À remplir par le conseiller en rémunération ou l'agent des RH

ASSURANCE COLLECTIVE

⚠ IMPORTANT

This form is available in English.

Ce formulaire demande des renseignements sur l'emploi et la protection d'assurance de l'employé. Il doit être rempli par un conseiller en rémunération ou un agent des Ressources humaines (RH).

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de la réclamation de l'employé, remplissez toutes les sections du formulaire.

Avant de pouvoir traiter la réclamation, iA Groupe financier doit recevoir les quatre formulaires suivants : le présent formulaire, la déclaration du gestionnaire ou du supérieur immédiat, la déclaration de l'employé et le rapport du médecin traitant.

Remplissez ce formulaire et faites-le parvenir à iA Groupe financier au moins deux mois avant la fin du délai de carence (13 semaines ou l'épuisement du congé de maladie, selon la plus tardive de ces éventualités). Si un formulaire de réclamation est soumis plus de trois mois après la fin du délai de carence, l'employé pourrait ne pas avoir droit aux prestations si le retard nuit à l'évaluation de la réclamation par iA Groupe financier. Référez-vous aux instructions d'envoi figurant à la fin du présent formulaire.

Pour éviter les trop-perçus, vous devez aviser iA Groupe financier dès que l'employé reprend le travail.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ET LA PROTECTION D'ASSURANCE DE L'EMPLOYÉ
(à remplir et à signer par le conseiller en rémunération ou l'agent des RH)

1. EMPLOYEUR

Ministère ou organisme _____

Bureau de paie _____ Code alpha du ministère _____ Liste de paie _____

Indicatif d'unité de négociation (IUN) _____ Classification, groupe et niveau _____

2. EMPLOYÉ

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance A A A A M M J J

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville Province

N° de téléphone (maison) _____ N° de téléphone (autre) _____

N° de pension _____ N° de certificat **(CI)** _____

3. PROTECTION D'ASSURANCE

Dernière date d'entrée en service dans la fonction publique fédérale A A A A M M J J

Date d'entrée en vigueur de la protection d'assurance invalidité A A A A M M J J

Cette protection d'assurance a-t-elle déjà pris fin? ☐ Non ☐ Oui – Indiquez la date de fin et la raison, de même que la date de remise en vigueur :

A A A A M M J J Raison _____ Date de remise en vigueur A A A A M M J J

3. PROTECTION D'ASSURANCE (SUITE)

Autres protections d'assurance

Assurance vie de base _____$

Assurance vie complémentaire _____$

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) _____ unités

Assurance vie des personnes à charge : ☐ Conjoint et enfants ☐ Enfants seulement ☐ Aucune protection

4. REVENUS ET PRESTATIONS

Inscrivez « s. o. » quand la question ne s'applique pas à l'employé.

1. Donnez les détails du **salaire et des indemnités assurés** de l'employé à compter du dernier jour du délai de carence (13 semaines ou l'épuisement du congé de maladie, selon la plus tardive de ces éventualités). Utilisez le taux proportionnel dans le cas d'employés qui ne travaillent pas à temps plein.

Taux de salaire autorisé _____ Taux de _____$ par_____ Montant annuel_____$

Type d'indemnité assurée _____ Taux de _____$ par_____ Montant annuel_____$

Type d'indemnité assurée _____ Taux de _____$ par_____ Montant annuel_____$

Type d'indemnité assurée _____ Taux de _____$ par_____ Montant annuel_____$

2. Quel est le salaire annuel total arrondi? (Si le total n'est pas un multiple de 250 $, arrondissez-le au prochain multiple de 250 $.)

_____ $

3. Quelles sont les exonérations d'impôt fédéral personnelles totales sur le dernier TD1 de l'employé? (Pour les résidents du Québec, utilisez le dernier TPD1.)

_____ $

4. Pour les résidents du Québec, quelles sont les exonérations d'impôt provincial personnelles totales sur le dernier MR19 de l'employé?

_____ $

5a. Si l'employé travaille à temps partiel, quel est le nombre d'heures équivalent à temps plein?

_____

5b. Si l'employé travaille à temps partiel, quel est le salaire équivalent à temps plein?

_____ $

5. CONGÉ

Inscrivez « s. o. » quand la question ne s'applique pas à l'employé.

1. Joignez une copie du registre de congés des 12 derniers mois de l'employé, ainsi qu'une explication des codes et du solde actuel.

_____

2a. L'employé avait-il des crédits de congé de maladie accumulés à son dernier jour de travail actif (y compris les crédits accumulés pendant le délai de carence)?

☐ Non ☐ Oui – Combien de jours? _____

2b. A-t-on accordé à l'employé une avance de congé de maladie?

☐ Non ☐ Oui – Combien de jours? _____

3. Quelle était/est la date du dernier congé payé (maladie ou tout autre type de congé)? A A A A M M J J

4. Si l'employé n'est pas ou n'était pas autorisé à utiliser tous ses crédits de congé de maladie, indiquez la date à laquelle les crédits auraient pris fin et la ou les raisons pour lesquelles l'employé n'est pas ou n'était pas autorisé à les utiliser :

A A A A M M J J

Raisons _____

5a. L'employé a-t-il bénéficié d'un autre type de congé payé? ☐ Non ☐ Oui – Quand? A A A A M M J J

Type de congé _____

5b. Quand prendra-t-il fin? A A A A M M J J

6. ENVOI DU FORMULAIRE DÛMENT REMPLI

Vous pouvez soumettre le formulaire et le ou les documents justificatifs de plusieurs façons :

1. Par la poste : Règlements, Invalidité
   522, avenue University, bureau 400
   Toronto (Ontario) M5G 1Y7

2. Par télécopieur : 1 877 781-1583

3. Par courriel : reglementinvalidite@ia.ca
   Notez que, bien que iA Groupe financier utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'il envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peut être garantie.

Peu importe l'option choisie, conservez une copie de tous les documents pour vos dossiers.

7. RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'EMPLOYÉ

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés au Conseil du Trésor pour l'administration du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP). Ces renseignements sont strictement confidentiels.

8. DÉCLARATION

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et complets selon nos dossiers.

Prénom du conseiller en rémunération ou de l'agent des RH _____ Nom _____

Titre du poste _____

Adresse (travail)_____ Code postal _____
N° Rue App. ou bureau Ville Province

N° de téléphone (travail)_____ N° de télécopieur (travail)_____

Courriel (travail) _____

X_____ A A A A M M J J
Signature Date de la signature