

Nom du groupe

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

INSTRUCTIONS

1. **REPLIR LE FORMULAIRE.** Veuillez vous assurer que toutes les sections pertinentes sont dûment remplies.
2. **SIGNER LE FORMULAIRE.**
3. **S'ASSURER D'ENVOYER À GPM LE FORMULAIRE DE L'EMPLOYÉ ET LE FORMULAIRE DU MÉDECIN TRAITANT DÛMENT REMPLIS DANS LES 30 JOURS.**
4. **RETOURNER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 450.667.7739** (ainsi que toute information soutenant la demande de règlement).

Renseignements sur l'employeur

Une copie de toutes les communications relatives à la présente demande sera transmise à la personne ressource.

Nom de l'entreprise

Nom(s) de famille et prénom(s) de la personne ressource

Téléphone de la personne ressource

Poste

Adresse de courriel de la personne ressource

Renseignements sur le participant

Afin de procéder à l'étude de la présente demande, GPM doit recevoir le Formulaire de l'employé, le Formulaire du médecin traitant et le présent formulaire dûment remplis dans les 30 jours.

Nom(s) de famille du participant

Prénom(s) du participant

Date de naissance (j/m/a)

Titre du poste / Fonction habituelle

Renseignements sur l'emploi

La présente section porte sur l'emploi du participant et sur sa couverture. Cette section devrait être remplie par la personne qui connaît le mieux ces détails (par exemple, le responsable de la paie ou la personne-ressource du régime).

Date du dernier jour de travail à temps plein (j/m/a)

Date du dernier jour de travail à des tâches modifiées (s'il y a lieu) (j/m/a)

Date du retour à temps plein (le cas échéant) (j/m/a)

Nombre d'heures travaillées par semaine (sans temps supplémentaire)

Raison de l'arrêt de travail du participant

Accident Maladie Hospitalisation

Revenus et avantages

Salaire annuel brut du participant au dernier jour de travail

Date du dernier jour payé (j/m/a)

Serait-il possible de modifier les fonctions du participant ?

Non Oui

COMMENTAIRES

SIGNATURE AUTORISÉE DE L'EMPLOYEUR

Date (j/m/aaaa)