

DEMANDE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE - Formulaire de l'employeur

Nom du client / Nom du groupe :

No. de client / No. de groupe :

Lignes directrices importantes

Écrire lisiblement en caractères d'imprimerie avec un stylo à l'encre.

Veillez vous assurer que toutes les sections pertinentes sont dûment remplies et signées.

Envoyer le formulaire de demande de règlement dûment rempli à Groupe Premier Médical inc.

Instructions à l'employeur

1. Compléter intégralement la *Déclaration de l'employeur* (voir ci-dessous).
2. Retourner sans délai le présent formulaire avec la déclaration de l'employé et du médecin traitant.

Code d'utilisateur GPM / No. de certificat

Déclaration de l'employeur

Nom de l'employé :

Catégorie / Classe :

Dernier jour de travail de l'employé (jj/mm/aa) :

Date de retour au travail (le cas échéant) (jj/mm/aa) :

Raison de l'absence : Accident Maladie Hospitalisation

Commentaires :

Signature de l'employeur

Date (jj/mm/aa)