

1) IDENTITÉ DE L'EMPLOYÉ(E)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE (NUMÉRO, RUE, N° D'APP.)		DATE DE NAISSANCE
VILLE (VILLAGE)	CODE POSTAL	DATE DE L'ACCIDENT

2) AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

J'AUTORISE LES PERSONNES DÉTENANT TOUS RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MON EMPLOI QUE LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA JUGE PERTINENTS POUR CETTE DEMANDE D'INDEMNISATION À DIVULGUER SUR DEMANDE CES RENSEIGNEMENTS À LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA.

DATE _____ SIGNATURE _____

3) RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR (TOUS LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

NOM DE L'ENTREPRISE	N° DE TÉL. DE L'EMPLOYEUR	NOM DU SUPERVISEUR
ADRESSE (NUMÉRO, RUE)		DATE DE DÉBUT D'EMPLOI
VILLE (VILLAGE)	CODE POSTAL	FIN PRÉVUE DE L'EMPLOI (SI SAISONNIER OU À DURÉE DÉTERMINÉE)
PROFESSION, MÉTIER OU EMPLOI DE L'EMPLOYÉ(E)	DATE DE CESSATION DU TRAVAIL EN RAISON DE L'ACCIDENT	
RÉSUMÉ DE LA DESCRIPTION DU POSTE (SI UNE DESCR. ÉCRITE EXISTE, EN JOINDRE UNE COPIE)	DATE DE REPRISE DU TRAVAIL - RÉELLE OU PRÉVUE	

4) SITUATION DE L'EMPLOYÉ(E) (À LA DATE DE L'ACCIDENT)

<input type="checkbox"/> HORAIRE FIXE _____ heures par semaine _____ \$, taux horaire ou, si l'employé(e) a une rémunération fixe, salaire de _____ \$ par _____ (période) Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines _____ \$	<input type="checkbox"/> HORAIRE VARIABLE _____ heures par semaine _____ \$, taux horaire ou, si l'employé(e) a une rémunération fixe, salaire de _____ \$ par _____ (période) Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines _____ \$	<input type="checkbox"/> OCCASIONNEL _____ heures par semaine _____ \$, taux horaire ou, si l'employé(e) a une rémunération fixe, salaire de _____ \$ par _____ (période) Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines _____ \$	<input type="checkbox"/> TRAVAIL INDÉP. Le demandeur est : <input type="checkbox"/> propriétaire/exploitant ou messenger <input type="checkbox"/> sous-traitant <input type="checkbox"/> travail. indép. payé à la commission <input type="checkbox"/> TRAVAIL À LA PIÈCE ____ n ^{bre} d'heures moyen habituel ____ taux horaire moyen Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines _____ \$
---	---	--	--

Le nombre d'heures de l'employé(e) devait-il augmenter après la date de l'accident? OUI _____ heures par semaine, à partir du _____
 AUCUNE AUGMENTATION PRÉVUE

CYCLE DE PAIE DE L'EMPL. : HEBDOMADAIRE AUX DEUX SEMAINES BIMENSUEL MENSUEL ANNUEL

5) AUTRES PRESTATIONS OU RÉMUNÉRATION NE REMPLIR QUE SI CES PRESTATIONS SERONT PERDUES EN RAISON DE L'ABSENCE LIÉE À L'ACCIDENT

TYPE DE RÉMUNÉRATION	PÉRIODE AVANT LA DATE DE L'ACCIDENT	\$ RÉELS	CONGÉS PAYÉS	_____% CONGÉS PAYÉS	CONTRIBUTION DE L'EMPLOYEUR AUX AVANTAGES SOCIAUX	
					TYPE D'AVANTAGES	CONTRIBUTION ANNUELLE DE L'EMPLOYEUR
PRIMES	52 SEMAINES		VERSÉS <input type="checkbox"/>	ACCUMULÉS POUR CONGÉ <input type="checkbox"/>	SANTÉ	
HEURES SUPPLÉMENTAIRES	52 SEMAINES				DENTAIRE	
PRIME DE POSTE	52 SEMAINES		POURBOIRES DÉCLARÉS SUR LE T4?	OUI <input type="checkbox"/>	ASS.-VIE	
USAGE PERSONNEL DU VÉHIC. DE L'EMPLOYEUR	ANNÉE CIVILE PRÉCÉDENTE		NON <input type="checkbox"/>		PENSION	
COMMISSIONS	52 SEMAINES		AUTRES PRESTATIONS EN ESPÈCES		AUTRE	
	ANNÉE CIVILE PRÉCÉDENTE					
	MOYENNE DES 3 ANNÉES CIVILES PRÉCÉDENTES					

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et exacts. J'autorise la Société d'assurance publique du Manitoba à examiner les registres, dossiers et autres documents concernant l'employé(e) susmentionné(e) et donnerai accès à de tels documents sur demande.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR	PRÉNOM ET NOM EN LETTRES MOULÉES	POSTE	N° TÉL., N° TÉLÉC. ET COURRIEL	DATE
--------------------------	----------------------------------	-------	--------------------------------	------