Assomption Vie

C.P. 160/770, rue Main, Moncton, N.-B., Canada E1C 8L1
Tél.: 1-888-869-9797 Téléc.: 1-855-401-9068

Effacer

Employé(es) absent(es) du travail

(À LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT OU LORS DE L'ENRÔLEMENT)

Nom du preneur: _____ Nom de l'assureur précédent: _____

Filiale, Entreprise affiliée ou Succursale du Preneur: _____

Date de prise d'effet du contrat: _____ Numéro du contrat précédent: _____

Nom de l'employé(e) (Nom, prénom)	**Date du début de l'absence**	**Raison de l'absence** (Dans le cas d'une absence due à l'invalidité indiquer "Avec ou Sans exonération de prime")	"A" ou "S"	**Revenu annuel brut au début de l'absence $**	**Garanties couvertes par l'assureur précédent**						
					VIE	VF	DMA	ICD	ILD	S	D

Par la présente, je certifie que ce rapport comprend tous les employé(e)s admissibles à l'assurance, mais qui sont absents du travail à la date de prise d'effet du contrat par suite d'un congé autorisé ou d'une invalidité.

_____ _____
Signataire autorisé du preneur Date

VIE: VIE DE BASE
VF: VIE FACULTATIVE
DMA: D□C□S OU MUTILATION PAR ACCIDENT
ICD: INVALIDITÉ COURTE DURÉE
ILD: INVALIDITÉ LONGUE DURÉE
S: SANTÉ
D: DENTAIRE