Demande d'admission à l'assurance perte de salaire

Application for admission to loss of salary insurance

Date de prise d'effet de l'assurance :
Effective Date of Insurance: ____ / ____ / _____

Fonctionnaire
Staff member

Nom / *Family name:* _____

Prénom / *First name:* _____

N° d'index / *Index No.:* _____

Organisation / Division / Service :
Organization / Department / Section:
_____

A T T E S T A T I O N

A remplir par l'assistante administrative du Service (*Timekeeper*)

To be completed by the administrative assistant of Service (Timekeeper)

Nous attestons que le fonctionnaire ci-dessus :
We certify that the above staff member:

1. Est titulaire d'un / *Holds a* ☐ engagement de durée déterminée / *fixed-term appointment*

   ☐ engagement continu / *continuing appointment*

   Depuis le / *Since* _____

2. A utilisé les jours de congé maladie certifiés suivants :
   Used the following days of certified sick leave:

   - Durant les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance mentionnée ci-dessus :
     During the 12 months preceding the above-mentioned Effective Date of Insurance:

     _____ jours / *days*

   - Durant les 4 années précédant la date de prise d'effet de l'assurance mentionnée ci-dessus :
     During the 4 years preceding the above-mentioned Effective Date of Insurance:

     _____ jours / *days*

Date : Timbre et Signature :
Date: _____ *Stamp and Signature:* _____

Nom de l'assistante administrative du Service :
Name of the administrative assistant of Service: _____