



Demande d'affiliation à l'assurance perte de salaire / vie collective  
Application for affiliation to loss of salary / life group insurance

**DECLARATION RELATIVE AUX JOURS DE CONGE MALADIE / SICK LEAVE DECLARATION**

**1. A compléter uniquement par l'applicant / To be filled only by the applicant:**

Nom / Last name: .....

Prénom / First name: .....

N° d'index / Index N°: .....

Organisation / Organization: .....

Division, Service / Division, Section: .....

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer le GPAFI de tout changement ou modification de mon état de santé qui pourrait intervenir avant la prise d'effet de l'assurance et impacter la décision d'affiliation. Je confirme également avoir pris connaissance des données ci-dessous de la part de l'assistant administratif ou des Ressources Humaines, et être en accord avec. En cas d'erreur je prends note que celle-ci m'en incombera totalement.

I understand that it is my responsibility to inform GPAFI of any change or modification of my health condition that could occur before the insurance takes effect and impact the affiliation decision. I also confirm that I have read and agree with the data below, made by the administrative assistant or the Human Resources. In case of error, I take note that I will be fully responsible for it.

Date : ..... Signature:

**2. A compléter uniquement par l'assistant administratif ou le Département des Ressources Humaines / To be filled only by the administrative assistant or the Human Resources Department:**

a. Type de contrat / Type of contract:

- Temporaire / Temporary
- Terme fixe - indéfini - permanent/ Fixed-term - Indefinite – Permanent

b. Date de début de l'engagement / Beginning date of the appointment: .....

c. Date de fin de l'engagement / End date of the appointment: .....

d. Congé maladie accordé / Sick leave granted:

- 3 mois à plein traitement et 3 mois à mi-traitement au cours d'une période de 12 mois consécutifs / 3 months on full salary and 3 months on half salary in any period of 12 consecutive month.
- 9 mois à plein traitement et 9 mois à mi-traitement au cours d'une période de 4 années consécutives / 9 months on full salary and 9 months on half salary in any period of 4 consecutive years.

e. Congé maladie pris / Sick leave taken:

- Nombre de jours de congé maladie certifiés et non certifiés pris sur les 12 derniers mois à compter de la date de la présente déclaration / Number of certified and uncertified sick days taken over the last 12 months from the date of this report: .....
- Nombre de jours de congé maladie certifiés et non certifiés pris sur les 48 derniers mois à compter de la date de la présente déclaration / Number of certified and uncertified sick days taken over the last 48 months from the date of this report: .....

Nom / Last name: .....

Prénom / First name: .....

Date : ..... Signature et tampon / Signature and stamp: