# Feuille de renseignements sur les employés

Financière Sun Life

| Nom de la compagnie |
|---|
| |

| | Nom de l'employé | Poste | Catégorie | Sexe | Médical | Dentaire | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Salaire | Périodicité du salaire | Heures travaillées par semaine | Province de résidence | Date d'embauche (jj-mm-aaaa) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | $ | | | | |
| 2 | | | | | | | | $ | | | | |
| 3 | | | | | | | | $ | | | | |
| 4 | | | | | | | | $ | | | | |
| 5 | | | | | | | | $ | | | | |
| 6 | | | | | | | | $ | | | | |
| 7 | | | | | | | | $ | | | | |
| 8 | | | | | | | | $ | | | | |
| 9 | | | | | | | | $ | | | | |
| 10 | | | | | | | | $ | | | | |
| 11 | | | | | | | | $ | | | | |
| 12 | | | | | | | | $ | | | | |
| 13 | | | | | | | | $ | | | | |

**Catégories de couverture :**
(**I**) Couverture individuelle = aucune personne à charge, que ce soit un conjoint ou un enfant
(**M**) Monoparental = un adulte avec personne(s) à charge (enfant)
(**C**) Couple = deux adultes (mariés ou conjoints de fait)
(**F**) Couverture familiale = couverture offerte au conjoint et/ou aux enfants
(**R**) Couverture refusée = renonciation à la couverture des frais médicaux et dentaires, car l'employé est déjà couvert (régime personnel ou couverture offerte par l'employeur du conjoint). L'employé bénéficiera tout de même de toutes les autres garanties de son régime. Par exemple, l'assurance-vie.
**Périodicité du salaire : A** = Annuelle **M** = Mensuelle **DS** = Toutes les deux semaines **HE** = Hebdomadaire **HO** = Horaire
**Nota :** Dans le cas des salariés payés à l'heure, veuillez indiquer le nombre d'heures travaillées par semaine.