

Cette formule doit être envoyée par l'employeur à la compagnie d'assurance aussitôt que possible après la guérison de l'employé(e).

Ceci est pour vous aviser que : _____
(Nom de l'employé(e))

Assuré en vertu de la police no. : _____ certificat no. : _____

Est retourné au travail le : _____ 20 _____

Après terminaison de sa récente invalidité, le : _____ 20 _____
(Dernier jour de réelle invalide totale)

Signature employeur

Date : _____ 20 _____ Par : _____

Selon la déclaration du médecin traitant, l'employé(e) devrait retourner au travail le _____ 20 _____

N.B. Si toujours invalide après cette date, produire un rapport de continuation d'invalidité

Le service des réclamations par : _____