

Identification

Nom de l'employé(e) : _____

Police no. : _____

Veuillez compléter la grille ci-dessus à la fin de la période indiquée en incluant pour chaque jour le **nombre d'heures effectuées**. Veuillez nous le retourner dès la fin de la période afin d'éviter des délais supplémentaires dans l'émission des prestations.

Mois de : _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Montant brut total payé pour le mois : _____

Taux horaire brut actuel : _____

Est-ce l'assuré(e) a reçu des montants pour vacances et / ou fériés ? Oui NonLes vacances payées sont-elles été accumulées durant l'invalidité ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les montants bruts vacances : _____ Bruts fériés : _____

Date de reprise de l'horaire régulier/temps complet : _____

Signature : _____

Nom en lettres moulées : _____

Numéro de téléphone : _____ Date : _____

Veuillez nous le retourner par télécopieur au **1 877-660-2519** ou par courriel à **prestations@humania.ca**. N'hésitez pas à communiquer avec nous si des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires.