

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 : \_\_\_\_\_