



Desjardins

Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Télécopieur : 416 926-0697
1 844 409-6571

ASSURANCE COLLECTIVE - RÈGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Directive - L'employeur doit remplir ce formulaire le jour même où l'employé reprend le travail après avoir touché des prestations d'invalidité.

N° de police/groupe/contrat				N° de compte ou division		N° de certificat ou d'identification		Nom et prénom de l'employé	
Date du retour au travail AAAA MM JJ			Heure			Base			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.			
						<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel			
<p>Si l'employé était en mesure de reprendre le travail plus tôt mais qu'il ne se soit pas présenté à cause d'un manque de travail ou pour toute autre raison, donnez la date à laquelle l'employé aurait pu reprendre son travail ainsi qu'une explication détaillée. Veuillez ajouter une feuille additionnelle, s'il y a lieu.</p> <hr/> <hr/> <hr/>									
Date					Nom du preneur				
Nom et prénom de la personne autorisée (EN LETTRES MAJUSCULES)					Signature				