



Desjardins

Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6

Télécopieur : 416 926-0697
1 844 409-6571

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS 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/>															
Date								Nom du preneur							
Nom et prénom de la personne autorisée (EN LETTRES MAJUSCULES)												Signature			