



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

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 contrat/groupe	N° de compte/division	N° de certificat	Nom de l'employé
----------------------	-----------------------	------------------	------------------

Date du retour au travail AAAA MM JJ <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Heure <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.					Base <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel

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.

Date

Nom du preneur

Signataire autorisé de l'employeur

