

NOM DE L'EMPLOYÉ		GRUPE	DIVISION	NO DE CERTIFICAT
DATE DU RETOUR AU TRAVAIL J      M      A		HEURE _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>		
L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
SI NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REPRISE _____				
SI OUI      À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>				
SI À TEMPS PARTIEL, EXPLIQUEZ _____				

NOM DE L'EMPLOYEUR		DATE J      M      A
PAR	TITRE	

566 (11-12)

L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE ET L'EXPÉDIER À L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE.  
LE JOUR OÙ L'EMPLOYÉ RETOURNE AU TRAVAIL, SUITE À UNE DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ.  
UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

NOM DE L'EMPLOYÉ		GRUPE	DIVISION	NO DE CERTIFICAT
DATE DU RETOUR AU TRAVAIL J      M      A		HEURE _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>		
L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
SI NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REPRISE _____				
SI OUI      À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>				
SI À TEMPS PARTIEL, EXPLIQUEZ _____				

NOM DE L'EMPLOYEUR		DATE J      M      A
PAR	TITRE	

566 (11-12)

L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE ET L'EXPÉDIER À L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE.  
LE JOUR OÙ L'EMPLOYÉ RETOURNE AU TRAVAIL, SUITE À UNE DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ.  
UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.