



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.



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.