CROIX BLEUE MD
CANASSURANCE

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ Nº de police : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

1. Date du retour au travail : _____jour/mois/année_____

2. S'agit-il du même travail que vous aviez avant votre invalidité : ❑ oui ❑ non
   Si non, veuillez préciser dans la section COMMENTAIRES.

3. S'agit-il d'un retour progressif au travail : ❑ oui ❑ non
   Si oui, précisez :
   • Nombre d'heures de travail par semaine avant l'invalidité_____
   • Nombre d'heures de travail recommandé par votre médecin, par semaine :
   Du : _____jour/mois/année_____ au : _____jour/mois/année_____ , _____ heures
   Du : _____jour/mois/année_____ au : _____jour/mois/année_____ , _____ heures
   Du : _____jour/mois/année_____ au : _____jour/mois/année_____ , _____ heures
   Du : _____jour/mois/année_____ au : _____jour/mois/année_____ , _____ heures

4. Si vous n'avez pas repris le travail pour des raisons personnelles (retour aux études, congé sans solde, etc.), veuillez le préciser dans la section COMMENTAIRES.

COMMENTAIRES

ATTESTATION SUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

_____ _____jour/mois/année_____
Signature Date