

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ N° 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

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.

Signature

_____ jour/mois/année
Date