



***L'avis de retour au travail doit nous parvenir
dès que l'assuré a repris ses fonctions***

Nom de l'employé	N° de certificat
Nom de l'employeur/titulaire de la police	N° de groupe/division
Date de retour au travail de l'assuré : Année Mois Jour	
S'agit-il d'un retour à temps partiel ou à temps plein ? <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	
S'il s'agit d'un retour à temps partiel, veuillez préciser : _____ _____ _____	
L'assuré aurait-il pu reprendre le travail à une date antérieure ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, indiquer la date à laquelle il aurait pu reprendre son travail : Année Mois Jour	
Et la raison pour laquelle il ne l'a pas fait : _____ _____ _____	
Signature de l'employeur :	Date :

Code : _____

Pour faire parvenir l'avis de retour au travail :

Courriel : salaire@gfaga.com
Télécopieur : 514 935-1147

Pour tout renseignement additionnel, n'hésitez pas à communiquer
avec notre service à la clientèle aux numéros suivants :

Région de Montréal : 514 935-5444
Ext. Montréal : 1 800 363-6217
Télécopieur : 514 935-1147