

## AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Nom du salarié		Police n°	
Division n°	Certificat n°	Date du retour au travail	
Date		Nom du groupe	
Par (employeur ou administrateur)			

M403 BIL-3/15

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

## AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Nom du salarié		Police n°	
Division n°	Certificat n°	Date du retour au travail	
Date		Nom du groupe	
Par (employeur ou administrateur)			

M403 BIL-3/15

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.