

N° réclamation

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR

Je certifie par la présente que :

M. Mme Mlle

Prénom

Initiales

Nom de famille

Jour/Mois/Année

Jour/Mois/Année

Était absent(e) du travail du : _____ au _____ (Inclusivement)

Cette personne a pu reprendre une partie de son travail le : _____

Et tout son travail le : _____

Son occupation et ses tâches quotidiennes sont les suivantes :

Si la perte de temps est due à un accident au travail, veuillez donner la date ainsi qu'une description détaillée de l'accident.

Étampe de la compagnie (avec le nom, adresse complète et numéro de téléphone)

Nom

Titre

Signature de l'employeur

N° de téléphone

N° de télécopieur

Date

Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America
Siège social / Home Office : Chicago, Illinois 60640
Siège social canadien / Canadian Head Office : P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5
Téléphone / Telephone : 1 888 234-4466 Numéro de télécopieur / Fax Number : 905 754-4362
www.combined.ca
Une compagnie de Chubb / A Chubb Company