

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

Combined Insurance Company of America / Compagnie d'assurance Combined d'Amérique  
Canadian Head Office / Siège social canadien : P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5  
Telephone / Téléphone : 1-888-234-4466  
www.combined.ca

The ACE Group of Companies / Une compagnie du Groupe ACE