



**Canadian Head Office/Siège social canadien**  
P.O. Box 3720 MIP/B.P. 3720 MIP, Markham, ON L3R 0X5



Claim # / N° réclamation

**CERTIFICATE OF EMPLOYER / CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR**

- Mr. / M.
- Mrs. / Mme
- Miss / Mlle

I hereby certify that / Je certifie par la présente que

\_\_\_\_\_

D-M-Y / J-M-A

\_\_\_\_\_

D-M-Y / J-M-A

Was absent from work on / Était absent(e) du travail le \_\_\_\_\_

He (she) was first able to resume part of his (her) duties on / Cette personne a pu reprendre une partie de son travail le \_\_\_\_\_

And all of his (her) duties on / Et tout son travail le \_\_\_\_\_

His (her) occupation and daily duties are as follows / Son occupation et ses tâches quotidiennes sont les suivantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If the loss of time is due to an accident at work, please give the date and a detailed description of the accident. / Si la perte de temps est due à un accident au travail, veuillez donner la date ainsi qu'une description détaillée de l'accident.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Company Stamp/ Étampe de la compagnie**  
(with full name, address and telephone number) /  
(avec le nom, adresse complète et  
numéro de téléphone)

\_\_\_\_\_  
Signature of Employer/Signature de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Date