

MENSURA Accidents du Travail
Service Sinistres

AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL

N° D'ACCIDENT :

M

au service de

blessé le est en état de reprendre le travail le

Il s'agit d'une reprise TOTALE - PARTIELLE du travail (*).

Le traitement médical est TERMINE - CONTINUE (*).

La guérison est-elle acquise ?

Le *Signature du médecin,*

(*) Biffer la mention inutile.

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

M

a chômé à partir du

Il - Elle a repris son travail le

Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :

complète du au

partielle de % du au

Signature du sociétaire,

N.B. : -Le présent avis doit être immédiatement envoyé à votre compagnie d'assurance contre les accidents du travail en vue du règlement éventuel de l'indemnité due au travailleur.