



## Déclaration D'Absence

**Remplissez et envoyez à RWAM Disability Management si l'employé est absent du travail pendant plus de 10 jours ouvrables consécutifs dû à une maladie, à une raison médicale ou à une blessure.**

Envoyer à : RWAM Disability Management  
49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1  
c. [csr-disability@rwam.com](mailto:csr-disability@rwam.com)  
t. 877-888-7926 f. 519-669-5135

Employeur	Groupe#	Div	Date
Personne Contact			
Téléphone du Contact		Courriel	
Nom de l'employé absent			Certificat
Téléphone de l'employé		Courriel de l'employé	
Adresse de l'employé			
Dernier jour travaillé		Date estimée du retour au travail	
L'employé planifie revenir <input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Inconnu			
La gestion des interventions précoces est disponible sur demande, moyennant des frais de service. Êtes-vous intéressé par ce produit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse est oui, un(e) représentant(e) vous contactera.			

Complété par

Signature du représentant autorisé	Nom
	Date

### Déclaration de confidentialité

RWAM Insurance Administrators Inc. s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des Informations personnelles qu'elle collecte, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de la conduite nécessaire de nos activités.

Pour une copie complète de la politique de confidentialité de RWAM, veuillez visiter : [www.rwam.com/privacy](http://www.rwam.com/privacy)