CONFIRMATION DE MALADIE – FORMULAIRE DU PARTICIPANT

Veuillez remplir le présent formulaire uniquement si votre absence est causée par des symptômes de la COVID-19 et que vous attendez les résultats d'un test, ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de ce virus.

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne la pandémie de COVID-19 dans les cliniques et les hôpitaux, nous n'exigerons pas, au début, de déclaration du médecin aux fins du traitement de votre demande de règlement d'invalidité de courte durée, si votre absence est due à des symptômes de la COVID-19 ou à un diagnostic clinique de ce virus. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la situation en cours.

En l'absence d'une déclaration du médecin, vous devez confirmer la nature de vos symptômes, les résultats des tests, et tout traitement que vous avez reçu. Par conséquent, veuillez remplir et signer ce formulaire et nous le retourner, accompagné du formulaire Déclaration de l'employé que vous devez également remplir.

---

1. Veuillez confirmer:

Nom du participant au régime :

Téléphone :

Adresse :

Date de naissance :

Numéro de régime :

Numéro d'identification de l'employé :

Nom de l'employeur :

Date de l'apparition des symptômes:
(jj-mm-aaaa)

Premier jour d'absence du travail:
(jj-mm-aaaa)

2. Veuillez préciser de quels symptômes vous souffrez:

- ☐ Fièvre
- ☐ Toux
- ☐ Fatigue
- ☐ Douleurs musculaires
- ☐ Mal de gorge
- ☐ Essoufflement
- ☐ Autres
- ☐ Perte d'appétit
- ☐ Écoulement nasal
- ☐ Nausée
- ☐ Vomissements
- ☐ Mal de tête

3. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement (diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire ou autre)?

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

4. A)Date de la consultation médicale en lien avec la COVID-19:

B) Par qui avez-vous été vu(e)? (médecin/clinique/hôpital/autorité de santé publique)

5. A) Date du test COVID-19

B) Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement où a été effectué le test:

C) Résultats du test:

- ☐ Positif
- ☐ Négatif
- ☐ En attente – Date à laquelle sont attendus les résultats:

Veuillez si possible joindre les résultats.

6. Avez-vous reçu la consigne de vous placer en quarantaine?

- ☐ Oui, à compter de:
- ☐ Non

- Date prévue de la fin de la période de quarantaine
- Date de la prochaine consultation du médecin
- Date prévue du retour au travail
- Êtes-vous en mesure de travailler de la maison? ☐ Oui ☐ Non

7. Autres précisions sur votre état de santé dont vous aimeriez nous faire part:

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets, et je comprends que d'autres renseignements peuvent être requis aux fins du traitement de ma demande de règlement.

Nom: _____ No de tél : _____ Cellulaire _____

Signature: _____ Date: _____

Pour plus de renseignements sur la COVID-19, rendez-vous au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html

Effacer