

644, rue Main C.P. 220,
Moncton NB E1C 8L3
Tél. : 1-877-849-8509
Télééc. : 1-800-644-1722

230, ave Brownlow Dartmouth
C.P. 2200 Halifax NS B3J 3C6
Tél. : 1-877-849-8509
Télééc. : 1-800-644-1722

C.P. 2000 185 The West Mall, bureau 1200
Etobicoke ON M9C 5P1
Tél. : 1-877-849-8509
Télééc. : 1-800-644-1722

C.P. 668 Succursale B
Montréal QC H3B 3K3
Tél. : 1-877-849-8509
Télééc. : 1-844-244-8198

Confirmation de maladie – Formulaire de l'employé(e)

Veillez 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. Veuillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer, accompagné de votre déclaration du participant, à l'adresse courriel figurant ci-dessus.

1. Veuillez confirmer :

Numéro de la police : Numéro d'identification :

Nom de l'employé(e) Nom du groupe :

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Nausée |
| <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Mal de gorge | <input type="checkbox"/> Mal de tête |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Autres <input type="text"/> |

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

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

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

5. A) Date du test COVID-19 :
jj/mm/aaaa

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. jj/mm/aaaa

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

Oui, à compter de :
jj/mm/aaaa

Non

• Date prévue de la fin de la période d'isolement
jj/mm/aaaa

• Date de la prochaine consultation du médecin
jj/mm/aaaa

• Date prévue du retour au travail
jj/mm/aaaa

• 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 : N° de tél. :

Cellulaire : Courriel :

Signature : Date :

Pour toute question concernant votre demande de règlement, veuillez nous contacter au 1-877-849-8509 ou par courriel au disability@medavie.bluecross.ca

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>.