**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. 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: | Click or tap here to enter text. | Numéro de certificat: | Click or tap here to enter text. |
| Nom du participant: | Click or tap here to enter text. | Nom du promoteur du régime: | Click or tap here to enter text. |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’apparition des symptômes: | Click or tap to enter a date. |
| Premier jour d’absence du travail: | Click or tap to enter a date. |

1. Veuillez préciser de quels symptômes vous souffrez:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Fièvre |  | Perte d’appétit |  | Diarrhée |
|  | Toux |  | Écoulement nasal |  | Perte du oût ou de l’odorat |
|  | Fatigue |  | Nausée |  | Pneumonie |
|  | Douleurs musculaires |  | Vomissements |  | Des taches mauves sur les doigts ou les orteils chez les enfants |
|  | Mal de gorge |  | Mal de tête |  | Essoufflement |
|  | Autres Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| Click or tap here to enter text. |

4. A) Date de la consultation médicale en lien avec COVID-19: Click or tap to enter a date.

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

|  |
| --- |
| Click or tap here to enter text. |

5. A) Date du test COVID-19: Click or tap to enter a date.

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

|  |
| --- |
| Click or tap here to enter text. |

C) Résultats du test:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Positif |
|  | Négatif |
|  | En attente – Date ả laquelle sont attendus les résultats: Click or tap to enter a date. |

Veuillez si possible joindre les résultats.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oui, à compter de: Click or tap to enter a date. |
|  | Non |

* Date prévue de la fin de la période d’isolement Click or tap to enter a date.
* Date de la prochaine consultation du médecin Click or tap to enter a date.
* Date prévue du retour au travail Click or tap to enter a date.
* Ȇtes-vous en mesure de travailler de la maison? Oui Non

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

|  |
| --- |
| Click or tap here to enter text. |

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: Click or tap here to enter text. | No de tél : | Click or tap here to enter text. |
| Cellulaire: Click or tap here to enter text. | Courriel: | Click or tap here to enter text. |
| Signature: | Date: | Click or tap to enter a date. |

Pour toute question concernant votre demande de règlement, veuillez contacter le Centre de service à la clientèle au 1-xxx-xxx-xxxx.

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>