

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre formulaire à:

Québec
CP 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5
Télécopieur: 514-499-6691

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'ouest
522 Avenue University, Bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7
Télécopieur: 1 877-781-1583

Confirmation de maladie – Formulaire du participant

Veillez remplir le présent formulaire uniquement si votre absence est causée par des symptômes s'apparentant à ceux de la grippe ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de grippe H1N1.

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne la pandémie de grippe H1N1 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 s'apparentant à ceux de la grippe ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de grippe H1N1. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la saison de la grippe 2009-2010.

En l'absence d'une déclaration du médecin, vous devez confirmer la nature de vos symptômes et préciser tout traitement que vous avez reçu. Veuillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer, accompagné de votre déclaration du participant, au Service des Règlements Invalidité de l'Industrielle Alliance à l'adresse ci-dessus.

1. Quand les symptômes sont-ils apparus? _____ Premier jour d'absence du travail : _____
jj/mm/aaaa 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"/> Autres _____ | |

3. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement?

4. Avez-vous reçu des soins médicaux relativement à vos symptômes?

- Jusqu'à présent, non – Je m'en tiens à la recommandation des autorités publiques de rester à la maison.
 J'ai téléphoné au service provincial d'information sur la santé, à une clinique de grippe, ou à mon médecin.

Date(s) de consultation _____

Nom et numéro de téléphone du service/de la clinique/du médecin _____

Quels conseils avez-vous reçus? _____

- J'ai été vu(e) par mon médecin ou me suis rendu(e) à une clinique/à l'hôpital pour être évalué(e).

Date(s) de visite _____

Nom du médecin ou de la clinique/l'hôpital _____

Quels conseils ou quel traitement avez-vous reçus? _____

5. Quand avez-vous repris le travail? _____ Quand prévoyez-vous le reprendre? _____
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

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.

J'autorise par les présentes tout fournisseur de soins de santé ou professionnel, tout organisme ou établissement de santé, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance ou à échanger avec elle, ses employés, ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de règlement pour maladie.

Nom : _____ No de tél. : _____ Cellulaire : _____

Signature : _____ Date : _____

Numéro de contrat : _____ Numéro de participant : _____

Pour plus de renseignements sur la grippe ou le virus H1N1, rendez-vous à www.combattezlagrippe.ca ou au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>